Nr. 26. 25. czerwca 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. med., Dr. fil. Tadeusz BILIKIEWICZ Kraków.
Docent Uniw. Jagiellońskiego.

Psychoanaliza życia płciowego kobiety.

Dokończenie.

Rzecz prosta, że nie wszystkie zagadnienia, nastręczające się przy badaniach nad życiem płciowem, dadzą się rozwiązać ze stanowiska asomatycznej psychologji. Raczej nowoczesne kierunki psychoanalizy dążą do równoległego powiązania procesów fizjologicznych z psychologicznemi. Tajemnica stosunku duszy do ciała, dookoła której dzisiaj z takiem samem zacietrzewieniem filozofowie toczą boje jak i dawniej, ukazuje się oczom psychoanalityka z zupełnie nowej strony. Wychodzi on ponad codzienne spostrzeżenia lekarzy, świadczące zarówno o wpływie czynników psychicznych na ciało jak i naodwrót ciała na duszę. Psychoanalityk wnika w składniki osobowości ludzkiej tak głęboko, iż dociera niemal do progu czysto fizjologicznych procesów, gdzie zdawałoby się nic psychicznego już nie zachodzi. Ze spostrzeżeń Karen Horney (1931) zdaje się wynikać, że cykliczne zmiany błony śluzowej macicy odbijają się w symbolicznej formie w marzeniach sennych. Zmiany usposobienia, nastroju w pewnych okresach miesiączkowania są tylko zewnętrznym wyrazem cyklicznych zjawisk w życiu psychicznem, które żmudna obserwacja psychoanalityczna potrafi wydobyć na światło świadomości. Patogeneza czy też fizjogeneza psychicznych zaburzeń, towarzyszących miesiączkowaniu, jest w stanie dotrzeć do psychofizycznych wiązań, gdzie przyrodniczo niewykształcony filozof traci zupełnie orjentację.

Jeszcze głębiej posunęła te badania genetyczne psychoanaliza tak częstego objawu w wieku pokwitania, jak łatwe rumienienie się, które w pewnych wypadkach dojść może u dziewcząt do t. zw. erytrofobji, gdzie sam lęk przed zarumienieniem się już powoduje nowe rumieńce. Intencją tego zjawiska jest oczywiście zamiar ukrycia czegoś. Że to głównie chodzi o miesiączkę, to zdaje się nie ulegać wątpliwości. Szereg autorów, jak Partridge, Medinaud, Ellis, Heape, Stanley Hall, Daly i inni, pracowało nad tem zjawiskiem. Z badań tych zdaje się wynikać ścisły związek filogenetyczny rumienienia się z tumescencją narządów płciowych samicy w okresie *praeoestrum* u niższych ssaków. U wielu gatunków małp zjawia się przekrwienie twarzy, brodawek sutkowych, pośladków i t. p. U niektórych gatunków małp w okresie *praeoestrum* pojawia się wybitny obrzęk tkanek dookoła odbytu i pochwy, przy równoczesnej proliferacji naczyń i przekrwieniu macicy. Analiza erytrofobji pozwala ustalić, że lęk pochodzi z obawy, by otoczenie po czerwoności twarzy nie poznało, że dziewczyna właśnie miesiączkuje. Symbol czerwoności odgrywa w symbolice psychoanalitycznej niemałą rolę. Symbolem miesiączkującego sromu bywa zazwyczaj w marzeniach sennych czerwony kwiat, z czem w zgodzie pozostaje językoznawstwo. Już przed wielu wiekami w krajach łacińskich i germańskich miesiączka oznaczana była wyrazem „kwiaty". Niemieckie wieśniaczki przyjęły tu wyraz „*Rosenkranz*". W piśmiennictwie polskiem ubiegłych wieków Giedroyć zanotował wyrażenia takie, jak „miesięczne kwiaty" lub „miesięczne kwiecie". Ponieważ zaś inne dowody, zebrane przez Daly'ego, zdają się wskazywać na to, że pierwotnie i u człowieka życie płciowe związane było z cyklicznemi zmianami narządów płciowych kobiety, przeto nie ulega wątpliwości, że wszelkie perjodyczne wahania popędu płciowego dzisiejszej kobiety, zarówno ze stanowiska endokrynologicznego jak i psychologicznego, muszą być postawione w ścisły związek filogenetyczny z okresami rui u zwierząt. Psychoanaliza, rozważając te same zjawiska od strony psychicznej, niejednokrotnie wnika jeszcze głębiej niż badanie somatyczne w pierwiastki które *per analogiam* nazwać możemy psychicznemi narządami szczątkowemi.

Losy życia płciowego kobiety, zakreślone już od najwcześniejszego dzieciństwa, rozstrzygnięte zostają w szeregu doniosłych zdarzeń, z których pierwsza miesiączka zajmuje naczelne miejsce. Jednakże w kulturalnych warunkach od pierwszej miesiączki do aktu defloracji i okresu systematycznych stosunków płciowych upływa dużo czasu. Ten okres wstrzemięźliwości nie jest obojętny ze stanowiska psychologicznego. Mówiliśmy już o tem, jakiemi kolejami przebiega rozwój psychologiczno-seksualny kobiety: Od biseksualizmu dziecięcego, który bezpośrednio przed dojrzeniem płciowem, jak to spostrzeżono, ulega nawet zaostrzeniu na rzecz komponenty męskiej, ma przejść kobieta do heteroseksualnej wyłączności. Jednakże dopiero pod wpływem spółkowania obejmuje pochwa rolę ośrodka pobudliwości płciowej. Pominę już problem genezy t. zw. tabu dziewiczości, które badania Freuda i innych psychoanalityków stawiają w związek z surowemi zakazami naturalnej defloracji u ludów pierwotnych, o czem wspominałem powyżej. Chcę tylko zaznaczyć, że długotrwała wstrzemięźliwość płciowa kobiet od okresu pokwitania do rozpoczęcia normalnego życia płciowego nie jest korzystna ze stanowiska psychjatrycznego. Szczególnie uderza częstość histerji w tym okresie życia.

Tu nasuwa się wogóle zagadnienie, jak daleko sięga wpływ czynników psychicznych na genezę mnóstwa cierpień, zdawałoby się jeżeli nie cielesnych, to w każdym razie czynnościowych. Przypomnę tu bynajmniej nieodosobniony głos Kehrera (1922), ginekologa, który nie ma nic wspólnego z psychoanalizą, a który, jak wiadomo, wiele wypadków bezpłodności wywodzi wprost z oziębłości płciowej, tłumacząc mechanizm tego rodzaju bezpłodności brakiem wyładowania wydzielin gruczołów szyjki macicy w czasie stosunków płciowych lub w czasie pieszczot wogóle, co skolei sprowadza zastój i zaczopowania, stanowiące organiczną podstawę zarówno bezpłodności jak i niektórych innych cielesnych cierpień. Dlaczegożby mnóstwo zaburzeń wydzielania wewnętrznego i przemiany materji nie miało powstawać na podobnej drodze? Wszak wpływ czynników psychicznych na wydzielanie gruczołów nie ulega najmniejszej wątpliwości. Uświadomienie sobie tej niedocenionej choć powszechnie lekarzom znanej prawdy może w zarodku stłumić niejedną t. zw. akademicką dyskusję na temat, czy dane cierpienie jest psychorodne czy nie. Zazwyczaj komponenta psychiczna w najbanalniejszem cierpieniu jest obecna w wyższym stopniu, niż to klinicznie da się wykazać. Jeżeli chodzi specjalnie o dziedzinę ginekologji, to z wszelką pewnością wiele przypadków zdecydowanych nerwic uchodzi oczu ginekologów, tracących niejednokrotnie mnóstwo energji napróżno tam, gdzie psychoterapja jest metodą jedynie wskazaną.

I tak, zdaje się już dzisiaj być rzeczą pewną, że zarówno oziębłość płciowa u kobiet, jak i psychorodna niemoc płciowa u mężczyzn, nie są jednostkami chorobowemi samoistnemi lecz poprostu objawem psychonerwicy, najbardziej dokuczającym, tym właśnie, który skłania chorego do szukania porady lekarskiej. Zbadanie psychoanalityczne takiego przypadku z reguły wykrywa rozmaite czyto natręctwa myślowe, czy inne echa odległych konfliktów psychicznych.

Jest rzeczą ciekawą, że np. oziębłość płciowa kobiet wybitnie przeważa nad analogicznem zaburzeniem życia płciowego mężczyzny — psychiczną impotencją. Psychologicznie nie wyjaśniono dotąd przyczyn tego zjawiska. Być może, wpływ pewien wywiera tu możliwość zajścia w ciążę bez rozkoszy płciowej. Z przyczyn, jakie psychoanaliza — głównie dzięki badaniom Freuda — wysunęła dla wyjaśnienia psychicznej impotencji u mężczyzny, wymienić należy przedewszystkiem pewne zahamowania w rowoju *libido*, które doprowadzają do rozłamu między miłością idealną i zmysłową. Pożądanie zmysłowe kojarzy się z uczuciem pogardy dla przedmiotu żądzy, od czego zdaleka musi się trzymać idealna miłość. Czasem potęguje się ten konflikt i wytwarza natrętny lęk przed kompromitacją. Analiza tego lęku prowadzi z zasady do konfliktów dziecięcych na tle pożądania płciowego w stosunku do rodziców. Przedwczesny wytrysk nasienia jest przeważnie symbolicznie wyrażoną niechęcią do pójścia za głosem żądzy — oddźwięk takiego samego konfliktu w dzieciństwie w stosunku do matki.

U kobiety ten rozłam między miłością idealną i zmysłową rzadziej występuje. Częstość występowania oziębłości płciowej u kobiety przypisuje się raczej wahaniom rozwojowym pobudliwości płciowej, która u kobiety przebiega odmiennie niż u mężczyzny. Głównie wchodzi tu w grę omówiona już niestałość miejsc erogenicznych u kobiety, z najważniejszym momentem przesunięcia pobudliwości z łechtaczki na pochwę, co związane być musi z równoległemi przekształceniami odpowiedników psychologicznych. Gdy

skomplikowane te procesy zawiodą, wówczas grozi rozprzężenie subtelnych powiązań aktu spółkowania z pierwiastkami psychicznemi. Oziębłość płciowa jest z zasady objawem chorobliwym, jeżeli wyklucza się oczywiście wstręt fizyczny indywidualny. Badania psychoanalityczne przyczyniły się w każdym razie wysoce do wyświetlenia jej zawiłej patogenezy.

Psychoanaliza ciąży dała dotąd piękne wyniki, doniosłe zarówno pod względem teoretycznym jak i praktycznym. Pokazało się, że bardzo dużo objawów towarzyszących ciąży, objawów nietylko patologicznych ale i z pogranicza zdrowia i choroby, da się wyświetlić psychoanalitycznie, a to dzięki swemu psychorodnemu charakterowi. Trudno mi się tutaj zapuszczać w szczegóły; ogólnie podkreślę, że ożyć mogą w ciąży dawno wygasłe fantazje porodowe z czasów dzieciństwa, wychodząc najaw pod symboliczną formą czyto pewnych zachcianek smakowych, analogicznych do takich samych zjawisk u dziewcząt w wieku pokwitania, czyto napadów żarłoczności naprzemian z zupełnym brakiem apetytu, czy też pewnych objawów psychicznych, jak drażliwość, kapryśność, upór, lub przesadna czystość, a nawet niezwykłe dotąd pędy do kolekcjonowania, do oszczędzania graniczącego ze skąpstwem — wszystko pod zracjonalizowaną wymówką troski o przyszłe dziecko. Analiza marzeń sennych kobiet ciężarnych wnika w ontogenezę tych objawów jeszcze głębiej, demaskując ich pochodzenie od wymienionych fantazyj dziecięcych. Najnieprawdopodobniejsze wyobrażenia dziecięce na temat porodu odzywają się teraz i pokutują. Niektóre z nich są tak typowe i częste nietylko w snach wszystkich ludzi, ale i jako materjał objawo-twórczy w psychonerwicach, że słusznie uznano je jakby za stały inwentarz psychiki. Najczęstsze z tych dziecięcych teoryj porodu to hipoteza ustnego zapłodnienia kobiety oraz hipoteza, iż dziecko rodzi się przez odbyt. Psychoanaliza odpowiednich zboczeń płciowych *coitus in ore et in ano* pozwoliła uzupełnić te fantazje analogizowaniem defekacji z porodem, lub w pewnych wypadkach nawet z *coitus*. Jeszcze głębiej sięgająca analiza tych przedziwnych produktów fantazji wnika poza ontogenezę wstecz ku filogenetycznemu związkowi narządów rodnych z przewodem pokarmowym tak, iż wymienione zboczenia płciowe byłyby atawistycznym szczątkiem stosunków w świecie zwierzęcym.

Te najrozmaitsze pierwiastki, różnego nasilenia i w różnych stosunkach wzajemnych, odnajdujemy przy analizie kobiet ciężarnych, a składają się one wspólnie na charakterystyczną całość psychiczną nie drogą bezładnego wymieszania, jak to się pospolicie sądzi, lecz według określonych praw. Jest dążeniem psychoanalizy wykryć te prawa łączenia się pierwiastków. Nawet w ciężkich psychozach ciążowych, lub połogowo-laktacyjnych owe wczesne pierwiastki dziecięcego seksualizmu nie stanowią chaosu; zawsze bystre oko psychoanalityka jest w stanie przejrzeć coś w rodzaju praw biogenetycznych, które leżą u podstawy procesów rozwojowych życia płciowego.

Szczególną uwagę zwrócono na znany fakt występowania w snach ciężarnych pływającego po wodzie dziecka. Woda znana jest oddawna jako symbol rodzenia się. Jest rzeczą ciekawą, że analiza tych snów zdradza zazwyczaj utożsamianie się śniącej ciężarnej z pływającem dzieckiem. Zależne to jest zresztą od indywidualnego nastawienia ciężarnej o tyle, iż jedne kobiety od samego niemal początku ciąży odczuwają odrębność płodu od siebie, inne natomiast nawet gdy już wyraźnie czują ruchy płodu, jeszcze nie uprzytomniają sobie jego odrębnej osobowości. To utożsamianie dziecka z sobą w ciąży da się genetycznie prześledzić bardzo daleko wstecz, a psychoanaliza stosunku matki do dziecka dużo światła rzuca na psychologię miłości macierzyńskiej. Jest rzeczą powszechnie znaną, że w stanach psychotycznych w połogu matka przeważnie kieruje swą wściekłość przeciw dziecku. Z drugiej strony lekarze sądowi ustanowili coś w rodzaju prawa natury: największa odsetka dzieciobójstw przypada na pierwsze chwile po porodzie, im dalej od porodu, tem silniejszą jest miłość matki. Psychoanaliza uczuć macierzyńskich wykazała, że ścisły związek matki z dzieckiem w ciąży sam przez się nie jest w stanie tylu uczuć rozbudzić, co przestawanie matki z dzieckiem po porodzie, lub choćby tylko nawet ten moment, gdy matka po raz pierwszy swe dziecko ujrzy. Dokładniejsze badania doprowadzają do wykrycia ambiwalencji, przyczem składnik nienawiści bynajmniej nie jest bardzo słaby w porównaniu z uczuciami miłości. Ta ostatnia komponenta raczej odgrywa rolę czynnika hamującego, który odpada zupełnie w stanach psychoz poporodowych, pozostawiając wolne miejsce nienawiści. Psychoanaliza tego uczucia nienawiści, drzemiącego normalnie pod wzniosłemi uczuciami miłości macierzyńskiej kobiety ciężarnej, lub przynajmniej pod maską obojętności, jest rzeczą bardzo trudną i zdaje się świadczyć o tem, że na jawie, podobnie jak w marzeniach sennych, niejednokrotnie następuje przesunięcie przedmiotu uczuć, do czego pobudką mogą być czynniki niezależne ani od woli, ani od rozumu, ani od zasad etycznych, ani od mnóstwa innych momentów, któremi szczycić się zwykła kultura ludzka. Mylilibyśmy się jednak, gdybyśmy wpadli w drugą ostateczność i nie widzieli innych pobudek, jak tylko hormony, czynniki dziedziczności lub sugestje wychowawcze. Rozum ludzki byłby panem wszelkich popędów i uczuć, gdyby rozumiał zawsze ich genezę. Badania psychoanalityczne wniosły dużo do samopoznania człowieka, dając rozumowi a nie uczuciom prymat etyczny.

Zarzucano psychoanalizie niejednokrotnie, że najwznioślejsze uczucia, skłonności i porywy upadla, stawiając je w związek genetyczny z popędem seksualnym. Mojem zdaniem, jest to tylko kwestja terminologji. Gdyby F r e u d był w miejsce tak obszernie wziętego pojęcia popędu seksualnego użył np. jak B e r g s o n terminu *élan vital*, lub jak psychologja porównawcza starej daty nic niemówiących określeń *instynkty*, wówczas przeczulone uszy nie czułyby się dotknięte. Albowiem popęd płciowy *sensu stricto* jest przejawem życia równie czystym i równie wzniosłym jak instynkt ssania, lub twórczość kulturalna, a nierównie szlachetniejszym od instynktu odżywiania się, połączonego z natury rzeczy z zabijaniem innych istot żywych. Jest to mojem zdaniem kwestja terminologiczna lub conajwyżej klasyfikacyjna, czy w rozkoszy, jaką w ssaniu znajduje zarówno dziecko jak i matka, będziemy się dopatrywać przejawów popędu płciowego *sensu largissimo*, czy instynktu samozachowawczego w równie obszernem użyciu tego pojęcia, czy też przejawu jakiegoś *élan vital* czy t. p. Psychologicznie rozstrzygnąć, czy rozkosz, jaką odczuwa karmiąca matka, jest natury płciowej, czy tylko częściowo, czy wogóle nie, jest niezmiernie trudno. Mam wrażenie, że większość przeciwników stawiania miłości macierzyńskiej i innych popędów twórczych w związek genetyczny z podstawowym popędem płciowym nie kieruje się innemi pobudkami, jak tylko obawą sponiewierania tych pięknych stron życia przez przyznanie im bliskiego pokrewieństwa z tym popędem, który właśnie tylko cywilizacja ludzka obryzgała błotem prostytucji.

Późniejsze okresy życia płciowego kobiety nie zostały jeszcze opracowane z punktu widzenia psychoanalizy dość wyczerpująco. Odnośne badania nad stanem psychicznym kobiety w okresie klimakterjum przeprowadziła H e l e n a D e u t s c h. Zwróciła ona uwagę na podobieństwo, jakie zachodzi *mutatis mutandis* między pokwitaniem a przekwitaniem u kobiety. Inwolucja czynności płciowych kobiety zdaje się przebiegać temi samemi etapami, co swego czasu ewolucja. Ostatnim perjodom przypada mniejwięcej ta sama rola urazów psychicznych, co pierwszym perjodom w wieku pokwitania.

Okresowi przedpokwitaniowemu (między 8 a 11 rokiem życia) odpowiadałby okres przedklimakteryczny, rozpoczynający się psychologicznie już około 30 roku życia. Trudno dziś jeszcze powiedzieć, w jakim stopniu spotykane w tym okresie stany psychiczne, określane popularnie nazwą niebezpiecznego wieku, uwarunkowane są procesami hormonalnemi, a w jakim stopniu czynnikami psychicznemi. Zjawiające się w tej fazie życia wzmożenie popędu płciowego byłoby przejawem t. zw. hiperkompensacji, maskującej nazewnątrz poczucie malejącej wartościowości. Wiadomo, że z tego stanowiska wyjaśnia genezę konfliktów psychicznych schizma psychoanalityczna z pod znaku psychologji indywidualnej A d l e r a.

Okres przekwitania da się podzielić na dwie fazy, które w odwrotnym porządku odpowiadałyby odnośnym fazom pokwitania. Pierwsza faza t. zw. waginalna odznacza się wzmożeniem samopoczucia płciowego, posuwającego się niekiedy do wyskoków, które charakteryzują dziewczęta w wieku pokwitania. Nierzadko oziębłość płciowa ustępuje samorzutnie, lub przeciwnie teraz właśnie się pojawia, jako wyraz niezadowolnionego narcyzmu w monoandrycznym stosunku małżeńskim. Zdarza się też — co najciekawsze dla psychoanalityka — że wprawdzie dobrze dotąd znoszona oziębłość i nadal nie przemija, jednakże pojawia się rozdrażnienie, zmienność nastroju lub depresja psychiczna. Podniecenie płciowe potęgować się może czasem aż do objawów hipomanji, co w języku niemieckim znane jest pod nazwą *„Genitalrausch"*. Pewne spostrzeżenia zdają się wskazywać na to, że z przebiegu pokwitania da się z pewnem prawdopodobieństwem rokować o przebiegu klimakterjum. I teraz zjawiają się analogiczne do poprzednich fantazje, które w przypadkach patologicznych mogą wypełnić całą treść ataków histerji. I teraz osnową tych fantazyj jest urojenie zgwałcenia lub fantazje prostytucyjne. Zjawiający się w tym okresie samogwałt łechtaczkowy może zmobilizować znowu omówiony powyżej kompleks kastracyjny z lękami, natrętnemi wyrzutami sumienia i t. p. A znowu odpowiednikiem kompleksu Edypa z okresu pokwitania są pewne konflikty na tle kazirodczych wyobrażeń stosunku do dzieci. Psychoanaliza fantazyj histerycznych z okresu przekwitania nierzadko stwierdza obawy przed pobiciem, zamordowaniem lub zgwałceniem przez syna. W symbolice

marzeń sennych występuje syn z reguły jako *imago* ojca lub męża. Pozatem dużą odsetkę objawów organicznych, towarzyszących przekwitaniu, uznać trzeba za wyraz konwersji, przyczem trudno jest *a priori* powiedzieć, czyto czynniki hormonalne wpływają na stan psychiczny, czy też przeciwnie czynniki psychiczne wywierają wpływ na dysfunkcję gruczołów dokrewnych. Przypomnę tu mimochodem, że na uderzającą analogję zaburzeń organicznych w klimakterjum i okresie pokwitania zwrócił uwagę Wiesel, internista daleko stojący od psychologicznych badań. Psychoanaliza wnosi więc do studjów nad klimakterjum doniosłe uzupełnienie od najmniej dotąd zbadanej strony psychicznej.

Druga i ostatnia faza klimakterjum to okres zupełnego cofania się czynności płciowych zarówno pod względem cielesnym jak psychicznym. Jest rzeczą ciekawą, że zmiany psychiczne częstokroć wyprzedzają cielesne, występując pod formą depresji, nierzadko z paranoidalnemi natręctwami myślowemi, wzmagającemi się niekiedy aż do granic psychozy inwolucyjnej. Psychoanaliza tych stanów wykazała charakterystyczną analogję starości i dzieciństwa nawet pod względem dwupłciowości. Objawy tej dwupłciowości pod względem cielesnym są u starzejących się kobiet powszechnie znane. Takie same pierwiastki da się wyanalizować po stronie psychicznej. Lecznicze działanie psychoanalizy zmierza w tych stanach do rozniecenia skłonności sublimacyjnych czyto w kierunku miłości macierzyńskiej w naiszerszem znaczeniu, czy też w kierunku innych wyładowań energii, gdzie kobieta może współzawodniczyć z mężczyzną.

Na zakończenie chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na ogromne znaczenie profilaktyczne psychoanalizy, która powinna zczasem i w Polsce rozciągnąć pieczę nad życiem płciowem obojga płci od dzieciństwa poprzez wszystkie fazy aż do starości. Pedagogowie, nadewszystko lekarze szkolni, kierownicy poliklinik psychjatrycznych, lekarze praktycy i klinicyści — wszyscy wspólnie powinni się na to składać, by psychorodne cierpienia tłumione były w zarodku.

Życie płciowe kobiety więcej niż jakakolwiek inna dziedzina nastręcza pola do konfliktów. Ginekolog przyszłości musi uwzględniać w szerokiej mierze czynniki psychiczne, musi znać i doceniać ich chorobotwórczą moc, musi umieć sam w wielu wypadkach zapobiegać i leczyć jakąkolwiek formą psychoterapji, gdyż tylko niewielka część chorych może sobie pozwolić na leczenie u specjalisty psychoanalityka. W większości wypadków ordynujący lekarz sam musi wziąć na siebie psychoterapeutyczną część swych zadań lekarskich. W tych wypadkach znajomość zasad psychoanalizy wydaje mi się niezbędna.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Jan SOSIN, st. asystent. Lwów.

Przyczynek do sprawy wielokrotnych raków pierwotnych u tego samego osobnika.

Z Instytutu Anatomji patologicznej Uniw. J. K. we Lwowie.
(Dyrektor: Prof. Dr. Witold Nowicki).

Równoczesne występowanie nowotworu złośliwego i nowotworu dobrotliwego nie jest tak rzadkie, ponieważ, według R. W. Gariaimowej i L. M. Schabada, wynosi ono na ogólną ilość 6652 sekcyj 2,3%, a na 1457 samych przypadków nowotworowych 11%. Natomiast nowotwory wielokrotne, pierwotne, złośliwe zachodzą w znacznie mniejszej liczbie, bo — według różnych autorów — przypadki tego rodzaju wynoszą od 0,28% (Reichelmann) do 1,97% (Fleischenfeld) w stosunku do samych przypadków nowotworowych.

Na podstawie piśmiennictwa możemy zebrać pewne dane, dotyczące pierwotnych wielokrotnych nowotworów złośliwych. Ilość nowotworów złośliwych, wielokrotnie pojawiających się u tego samego osobnika może być różna, najczęściej stwierdza się dwa nowotwory. Przypadki, w których zachodzą trzy pierwotne złośliwe nowotwory, należą do bardzo rzadkich i zaledwie kilka ich opisano w piśmiennictwie (Götting, Roesch, Saltykow, Harbitz, Chajutin).

Ze względu na trudności rozpoznawcze, niekiedy się wysuwające, autorowie starają się podać cechy, którym mają odpowiadać wielokrotne pierwotne nowotwory złośliwe. I tak Billroth podaje 3 takie cechy: 1) nowotwory złośliwe muszą mieć różne umiejscowienie; 2) powinny się odznaczać odmienną budową histologiczną; 3) każdy pierwotny nowotwór powinien mieć charakterystyczne dla niego przerzuty.

Te cechy, podane przez Billrotha, dadzą się jednak odnieść tylko do całkiem prostych przypadków, albowiem do wszystkich, jak niżej zobaczymy, nie dadzą się one zastosować.

Trzymając się schematu, opartego na cechach, podanych przez Billrotha, będę się starał krótko omówić poszczególne punkty na podstawie piśmiennictwa.

Umiejscowienie wielokrotnych pierwotnych nowotworów złośliwych może być najrozmaitsze. Mogą one być umiejscowione w zakresie jednego i tego samego narządu, względnie układu, jak naprzykład wielokrotne raki skóry, 2 raki żołądka (Lubarsch), rak języka i przełyku (Hansemann), raki macicy (Hanser, Warstat, Florenco-d'Erchia, Eckardt i in.), co się zaś tyczy tych ostatnich, to są one stosunkowo najczęstsze lub też mogą być umiejscowione w różnych narządach.

Gdy mówimy o umiejscowieniu wielokrotnych pierwotnych nowotworów złośliwych, to mimowoli nasuwa się na myśl sprawa mięsako-raka *(sarcocarcinoma)*, w którym stwierdza się w tem samem miejscu zarówno utkanie mięsaka, jak i komórki lub gniazda rakowe. Czy tego rodzaju sprawy należy uważać za pierwotne wielokrotne nowotwory złośliwe, występujące w jednem miejscu, czy też za jeden swego rodzaju nowotwór?

Według mego zdania, lepiej jest uważać go za jeden nowotwór, po pierwsze ze względu na to, że mieszańce lub potworniaki, mimo ich rozwoju z kilku blaszek zarodkowych, uważa się za jeden nowotwór, podobnie mięsakoraka, jako składającego się z dwóch różnych elementów, można uważać za jeden swego rodzaju nowotwór, (nie dotyczy to jednak tak zwanych mięsako-raków kolizyjnych), a po drugie nie odpowiada on warunkom co do umiejscowienia, podanym przez Billrotha.

Natomiast, gdy chodzi o rodzaj nowotworów, stwierdzanych w przypadkach wielokrotnego pierwotnego ich pojawiania się, to mogą zachodzić kombinacje raka z rakiem, mięsaka z rakiem i mięsaka z mięsakiem. Kombinacje raka z rakiem należą do najczęściej stwierdzanych. I to zwyczajnie, przynajmniej jeden z nich należy do raków najczęściej spotykanych. Tego samego rodzaju nowotwory mogą się różnić typem budowy lub posiadać taką samą budowę histologiczną. Naprzykład może być rak płaskokomórkowy wargi i rak gruczołowy żołądka lub rak płaskokomórkowy języka i rak płaskokomórkowy przełyku (Hansemann). W tego rodzaju sprawach, w których nowotwory nie różnią się między sobą ani rodzajem, ani typem utkania, w rozpoznawaniu wielokrotnych pierwotnych nowotworów złośliwych należy być nadzwyczaj ostrożnym i należy zwracać uwagę zarówno na szczegóły makroskopowe, jakoteż na najdrobniejsze różnice w budowie histologicznej, aby przerzutu nie uważać za drugą pierwotną sprawę nowotworową. Na samej budowie histologicznej stanowczo nie można się opierać, albowiem wystarczy wspomnieć o sprawie nowotworów jajnikowych Krukenberga, które okazały się wkońcu jedynie silniej śluzowo zwyrodniałemi przerzutami raka innych narządów, szczególnie żołądka (Wadner, Schlagenhaufer, Ulesko-Stroganowa, Nikolsky, Chajutin i in.).

Trzecia cecha, wysuwana przez Billrotha, mianowicie obecność charakterystycznych dla każdego z nowotworów przerzutów, nie jest — mojem zdaniem — niezbędną dla rozpoznania, może ona nas conajwyżej bardziej utwierdzić w rozpoznaniu. Albowiem znany jest szereg przypadków, które nie dawały wcale przerzutów, lub dawał je tylko jeden z nowotworów. Zależne to jest z jednej strony od typu nowotworu, ponieważ jasnem jest, że, jeżeli mamy do czynienia z kankroidem, to może nie być wcale przerzutów, bo on sam już, jako taki, nie ma tak wielkiej skłonności do tworzenia przerzutów; inaczej przedstawi się sprawa, jeżeli to będzie rak rdzeniasty. Gdy zaś zachodzi kombinacja obu tych postaci, a przyjmiemy równoczesne powstanie nowotworów, to samo przez się rozumie się, że rak rdzeniasty wcześniej się rozprzestrzeni i prędzej da przerzuty. Z drugiej strony jasnem jest, że nie będzie przerzutów w tych przypadkach, w których nowotwory pierwotne są usadowione w ważnych narządach dla życia, gdyż już we wczesnym okresie rozwoju spowodowały one śmierć organizmu.

Nasz przypadek dotyczy mężczyzny, lat 55, urzędnika skarbowego, wyznania rz.-kat. W wywiadach chory podał, że matka jego zmarła w 72 roku życia na raka przełyku, ojciec w 70 roku życia z przyczyny nieznanej. Z trojga jego rodzeństwa, jedno zmarło w 8 roku życia, pozostali żyją zdrowi.

Z chorób zakaźnych w r. 1904 przebył dur brzuszny, w r. 1914 zimnice, a w r. 1915 czerwonkę. W 26 roku życia przechodził rzeżączkę. Palił wiele, bo około 50 papierosów dziennie. Alkoholu nie używał.

Sprawa, która stała się przyczyną jego śmierci, rozpoczęła się w październiku ub. roku, a więc około 4 miesiące temu, napadami bólów w lewej stronie klatki, które przy chodzeniu i po wysiłkach

fizycznych wzmagały się. W trzy tygodnie później wystąpiła chrypka. W jaki miesiąc przed śmiercią zauważył powiększenie się objętości jamy brzusznej. Bólów brzucha nie miał.

Rozpoznanie kliniczne: *Carcinoma bronchi sinistri. Metastases hepatis. Icterus. Carcinoma laryngis. Cachexia. Adynamia musculi cordis.* (Z Kliniki wewnętrznej U. J. K.).

Sekcję zwłok (prot. sek. 62/33) wykonano w 23 godz. po śmierci. Wykazała ona, co następuje: Zwłoki mężczyzny wzrostu wysokiego, budowy dobrej, odżywienia dość dobrego. Stężenie pośmiertne w całości utrzymane. Kości dobrze rozwinięte. Skóra żółtaczkowo zabarwiona. Plamy pośmiertne mierne. W zakresie skóry tułowia stwierdza się drobne sinoczerwone wybroczyny. Owłosienie mierne, typu męskiego. Błony śluzowe od zewnątrz widzialne są sino-czerwone. Głowa i twarz umiarowe. Czaszka typu mezocefalicznego, umiarowa. Czaszki nie otwierano.

K l a t k a p i e r s i o w a długości odpowiedniej, wdechowo ustawiona, ku dołowi rozdęta, skutkiem czego ma postać nieco dzwonowatą. Przepona po stronie lewej sięga do dolnego brzegu VI żebra, po stronie zaś prawej, z powodu zrostów przepony z torebką wątroby, wysokości położenia przepony określić nie można. Płuca po otwarciu klatki piersiowej bardzo nieznacznie się zaciągają. W zakresie opłucnej lewej znajdują się nieliczne plamkowate wybroczynki. Opłucna zaś prawa wykazuje od tyłu i w okolicy płata górnego zrosty.

P ł u c a: płuco lewe jest mniejwięcej odpowiednio wielkie i ciężkie. Przedni jego brzeg jest nieco rozdęty: w okolicy wnęki, nieco bardziej ku górze, w zakresie płata górnego stwierdza się nacieczenie tkanką rdzeniastą, dość oporną, nieco żółtaczkowo zabarwioną, zajmującą na przekroju przestrzeń wielkości mniejwięcej dłoni męskiej ręki. Tkanka ta posuwa się wypustkowato wzdłuż oskrzeli i naczyń od wnęki płuca ku obwodowi. W okolicy



Rys. 1. Rak oskrzela.

wnęki tkanka ta obejmuje poszczególne pylicowo zmienione gruczoły chłonne, które wykazują żółtawe, rdzeniaste ogniska. Nadto nacieka ona ścianę oraz błonę śluzową górnej gałęzi lewego oskrzela, wywołując zwężenie jego światła. Tkanka płucna płatu górnego jest słabiej ukrwiona i mniej powietrzna. Płat dolny jest nieco przekrwiony.

P ł u c o p r a w e jest nieco powiększone i porozdymane, miernie ukrwione i wszędzie powietrzne.

K r t a ń: w dolnej (podstawowej) części prawego dolnego więzadła głosowego, znajduje się wrzód, biegnący wzdłuż całej jego długości, szeroki na około 4 mm, dość głęboki, o brzegach wyniosłych, rdzeniastych, nieco wrębiastych. Dno jego jest oporne i wykazuje nieznaczne guzkowate nierówności. Wrzód względem podłoża jest nieprzesuwalny. Poza tem błona śluzowa krtani i tchawicy jest nieco przekrwiona. Gruczoły chłonne okołooskrzelowe są powiększone i dochodzą do wielkości orzecha laskowego, a w znacznej części są rdzeniasto nacieczone. Osierdzie cienkie, gładkie, lśniące. Tkanka tłuszczowa podnasierdziowa miernie rozwinięta. Serce w wymiarze poprzecznym powiększone. Tętnica płucna jest rozszerzona. Ujście żylne prawe, przedsionek i komora prawa są znacznie rozszerzone. Tętnica główna jest miernie szeroka. Jej błona wewnętrzna wykazuje liczne bądź guziczkowate, bądź pasemkowate, białawe i żółtawe zgrubienia. Ujście żylne lewe zmian widocznych nie okazuje, przedsionek i komora lewa są nieco rozszerzone. Mięsień sercowy jest grubości odpowiedniej, miernie ukrwiony i dość jędrny. Błona śluzowa jamy ustnej, gardła i przełyku poza nieznacznem opadowem przekrwieniem, zmian widocznych nie okazuje.



Rys. 2. Owrzodzenie rakowe.

T a r c z y c a w zakresie obu płatów jest symetrycznie powiększona.

W j a m i e b r z u s z n e j zaznacza się obniżenie jelit cienkich. Sieć wielka, zasobna w tkankę tłuszczową, końcową swą częścią jest przyrośnięta do kątnicy.

Ś l e d z i o n a wielkości odpowiedniej, dość ciężka, o brzegach wrębowatych. Torebka jej jest zrośnięta z otoczeniem zapomocą krótkich zrostów. Na przekroju żylnie przekrwiona, miąższ oporny. Obok niej znajduje się mała śledziona dodatkowa.

N a d n e r c z a są pomniejszone i cienkie.

N e r k i są wielkości odpowiedniej z zaznaczoną budową płatową. Na przekroju żylnie przekrwione, miedniczki rozszerzone, tkanka tłuszczowa okołomiedniczkowa silnie rozwinięta. Naczyńka tętnicze ziejące.

P ę c h e r z m o c z o w y nieco rozdęty, jego błona śluzowa jest blada i gładka. Zaznacza się beleczkowanie mięśniówki.

W ą t r o b a jest bardzo powiększona, po stronie prawej wystaje z pod łuku żebrowego i dochodzi poniżej pępka, po stronie lewej zaś znacznie mniej. Ciężar jej wynosi 6.520 g. Torebka jej na całej wypukłej powierzchni jest zrośnięta z przeponą. Na powierzchni niezajętej przez zrosty widoczne są bardzo liczne, typowe, w środku pępkowato pozaciągane przerzuty rakowe. Cały przekrój wątroby jest wprost zasiany, ściśle obok siebie rozmieszczonemi przerzutami. Pęcherzyk żółciowy mały skurczony zawiera skąpą ilość bladej żółci.

T r z u s t k a jest pomniejszona, drobnozrazikowa, żylnie przekrwiona.

Ż o ł ą d e k obniżony, błona śluzowa pośmiertnie pofałdowana, rozpulchniona, sinawa, na powierzchni pokryta mierną ilością gęstego śluzu.

D w u n a s t n i c a nieco żylnie przekrwiona.

J e l i t o c i e n k i e w dolnej części jest wybitnie żylnie przekrwione, miejscami wprost krwią nacieczone. Treść jelita wybitnie krwawa. Błona śluzowa jelita grubego również żylnie przekrwiona. Wyrostek robaczkowy znajduje się wśród starych, krótkich zrostów. Krezka zawiera sporą ilość tkanki tłuszczowej, gruczoły chłonne krezkowe niemacalne.

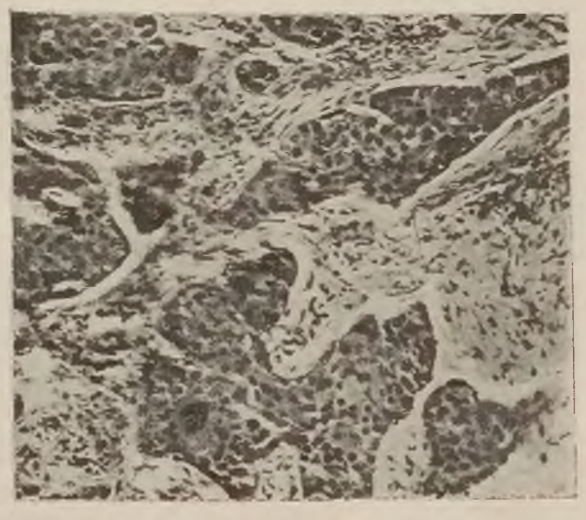
Oba płaty stercza są symetrycznie powiększone, a rysunek ich na przekroju jest nieco zatarty. Pęcherzyki nasienne zmian widocznych nie wykazują.

Szyjne gruczoły chłonne są nieco powiększone, wielkości drobniutkiej fasolki, barwy szaro-wiśniowej.

Badanie histologiczne:

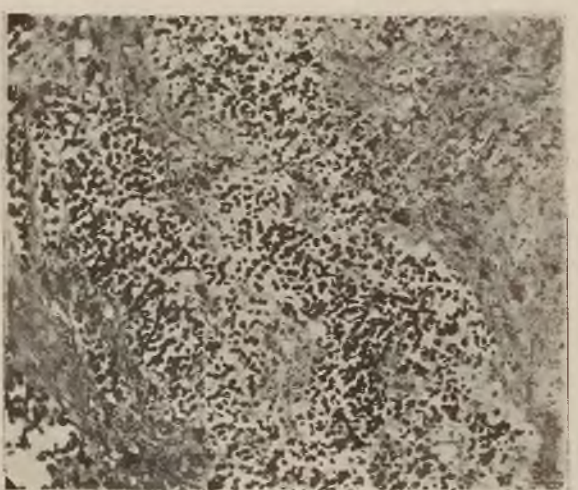
W skrawku *z brzegu owrzodzenia w krtani* stwierdza się typowe utkanie raka płasko-komórkowego, którego sople komórkowe, rozgałęziając się, wnikają w podścielisko tkankołącznowe. W otoczeniu tych wnikających sopli komórkowych znajdują się gdzieniegdzie drobnokomórkowe nacieki zapalne. W poszczególnych grupkach komórek rakowych zaznacza się tu i ówdzie nieznaczne rogowacenie. Jest to budowa charakterystyczna dla raków więzadłowych krtani (ryc. 3).

W wycinku *z otoczenia zmienionego oskrzela* widać utkanie, które na pierwszy rzut oka przypomina utkanie mięsaka krągłodrobnokomórkowego, jednak brak siateczki łącznotkankowej, oddzielającej poszczególne komórki od siebie, układanie się ich gniazdowate, budowa przegródkowa utkania, przedstawia obraz drobnokrągło-komórkowego raka przegródkowego *(carcinoma*



Ryc. 3. Rak płaskokomórkowy strun głosowych.

microglobocellulare alveolare), stwierdzanego niejednokrotnie w płucach. Komórki nowotworowe ulegają martwicy i tylko w pobliżu pasm łączno-tkankowych lub przestrzeniach między niemi (ryc. 4) widać jeszcze komórki dobrze zachowane i dobrze się barwiące.



Ryc. 4. Rak drobnokrągłokomórkowy płuca.

Przerzuty w wątrobie mają takie samo utkanie, jak nowotwór płuca.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne:

Carcinoma globocellulare alveolare rami superioris bronchi sinistri in lobum superiorem pulmonis progrediens. Metastases neoplasmaticae eiusdem, lymphoglandularum peribronchialium et periportalium ac multiplices hepatis. Athelectasis incompleta, partialis lobi superioris pulmonis sinistri. Emphysema et hyperaemia pulmosis dextri. Carcinoma planocellulare exulcerans chordae vocalis inf. dextrae. Atherosclerosis aortae. Dilatatio cordis dextri. Hyperaemia venosa organorum praecipue intestinorum. Concretiones perisplenicae et perihepaticae ac omenti cum coeco. Hypertrophia prostatae. Icterus.

W przypadku opisanym zachodzą u osobnika starszego dwa pierwotne raki układu oddechowego, mianowicie rak płasko-komórkowy krtani i drobno-krągło-komórkowy rak przegródkowy oskrzela. Rak oskrzela, naciekając otoczenie, zajął część płata górnego płuca lewego oraz dał przerzuty do gruczołów chłonnych klatki piersiowej, gruczołów około żyły wrotnej, a zwłaszcza do wątroby, którą prawie zupełnie zniszczył. Tem rakowem zajęciem wątroby należy tłumaczyć powstanie żółtaczki.

Przypadek powyższy odpowiada w zupełności dwom pierwszym cechom, podanym przez B i l l r o t h a, jedynie niezupełnieby zgadzał się z trzecią z nich, ponieważ nie obydwa, lecz tylko jeden z raków dał przerzuty. Przypadek opisany jest rzadkim ze względu na usadowienie się obu pierwotnych nowotworów w układzie oddechowym.

Przypadki wielokrotnego pojawiania się nowotworów są ciekawe nietylko z powodu swojej rzadkości, lecz także z tego względu, że przez krytyczne ich rozpatrzenie można dojść do niejakich wniosków, dotyczących czynników, wywołujących sprawę nowotworową.

Jakie jest pochodzenie obu raków opisanych? Oczywiście, że należy tu myśleć przedewszystkiem o podłożu konstytucjonalnem, w znaczeniu istnienia miejscowego, wrodzonego usposobienia anatomicznego. Za tem mógłby, do pewnego stopnia, przemawiać fakt, że matka zmarłego miała raka przełyku. Co do etjologji, to trudno jest dać pewną odpowiedź. Wiadomo, że bardzo znaczne zwiększenie się ilości przypadków raka płuc w ostatniem 15-leciu, spostrzegane przedewszystkiem sekcyjnie, także w naszym Instytucie, spowodowało powstanie różnych zapatrywań na przyczynę raka płuc, względnie oskrzeli. Jak wiadomo, odnoszono go do zanieczyszczeń powietrza pyłem z nawierzchni dróg asfaltowych i t. p., do przebytego zapalenia grypowego dróg oddechowych, do nadmiernego palenia tytoniu i t. p.

W danym przypadku chodzi o urzędnika, który nadmiernie palił i przebył kilka chorób zakaźnych; w nadmiernem paleniu możnaby się dopatrywać etjologicznego czynnika dla powstania obu raków, jakkolwiek niechętnie to się przyjmuje. W każdym jednak razie, na podstawie obecnych teoretycznych zapatrywań, możności powstania zmian metaplastycznych, poprzedzających bujanie nabłonka przedrakowego, z powodu nadmiernego palenia tytoniu, zupełnie nie można wykluczyć.

Jeżeli chodzi o odpowiedź, który z obu raków wcześniej rozpoczął się rozwijać, to sądzę, że prawdopodobnie nie było większej różnicy czasowej w ich powstaniu; za tem przypuszczeniem przemawiałyby zarówno dane kliniczne, jakoteż obraz sekcyjny. To równoczesne występowanie obu raków w jednym narządzie pozwala myśleć o istnieniu tego samego czynnika etjologicznego.

Przypadek opisany jest dalszym przyczynkiem do sprawy wielokrotnych raków pierwotnych, które mogą rzucić pewne światło na patogenezę nowotworów.

Piśmiennictwo:

S y r e k A.: Z. f. Krebsforschung 36, 1932. — M a l j a t z k a j a M. J.: Z. f. Krebsforsch. 35, 1932. — S c h a b a d u. G o r i a i m o w a: Z. f. Krebsforsch. 33, 1931. — B r a n d l u. J e k o b s o n: Z. f. Krebsforsch. 32, 1930. — M ü l l e r: Z. f. Krebsforsch. 31, 1930. — J u n g h a n s: Z. f. Krebsforsch. 29, 1929. — C h a j u t i n: Z. f. Krebsforsch. 26, 1926. — W a r s t a t: Z. f. Krebsforsch. 11, 1912. — G o e t t i n g: Z. f. Krebsforsch. 7. 1909. — H a r t: Z. f. Krebsforsch. 5, 1907. — R e d l i c h: Z. f. Krebsforsch. 5, 1907. — H a u s e m a n n: Z. f. Krebsforsch. 1. 1907. — H a r b i t z: Beitr. path. Anat. 62, 1916. — P u s a t e r i: Virch. Arch. 245. — S a l t y k o w: Zentralblatt f. alg. Pathol. u. Anat. pathol. 16. — N o w i c k i: Pol. Gaz. Lek. 1931, z. 51.

Dr. Jan MIODOŃSKI, asystent kliniki. Kraków.

Przypadek jamistości opuszkowo-rdzeniowej u osobnika z ropotokiem przewlocznym ucha środkowego.

Z kliniki oto-ryno-laryngologicznej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. A. B a u r o w i c z.

Jednem z najbardziej zajmujących zadań otologji klinicznej jest ustalenie stosunku, w jakim pozostają ropne schorzenia ucha środkowego, względnie i błędnika, do obrazu neurologicznego danego przypadku.

Czy schorzenie ucha jest przyczyną danego neurologicznego obrazu?

Czy obok sprawy usznej toczy się inna jakaś sprawa od sprawy usznej niezależna — która odpowiada w części lub całkowicie, za dostrzegane objawy neurologiczne?

Oto zagadnienia, z któremi otjatra częstokroć się spotyka. Właściwe rozwiązanie tych zagadnień rozstrzyga wtedy o losie chorego. Pod tym kątem widzenia chcę przedstawić właśnie następujący przypadek:

Chora Ś. E., lat 32, zgłosiła się do przychodni dnia 30 grudnia 1932 r. ze skargami na bóle i ciężar w lewej połowie głowy, oraz

zawroty trwające od ośmiu dni. Zawrót głowy był początkowo tak silny, iż przykuł chorą do łóżka. Wszelki ruch oraz zmiana położenia ciała potęgowały zawrót; odczuwała nudności, jednak nie wymiotowała. Po czterech dniach siadała na łóżku, a od dwóch dni próbuje chodzić. Chód jest bardzo niepewny i często zatacza się w lewo. Cierpi na wyciek z lewego ucha, trwający od lat. Przedmiotowo (badanie w przychodni) stwierdza się: wyciek ropny z lewego ucha, w głębi przewód zewnętrzny wypełniony ziarniną. Okolica wyrostka sutkowego lewego oglądaniem niezmieniona, okolica *antrum* na ucisk nieco tkliwa. Ucho prawe bez zmian wziernikowych.

Żywy oczopląs obrotowy III st. w lewo, Romberg w lewo; przy próbie mijania ręka lewa zbacza wyraźnie nazewnątrz. Ucisk na lewy *tragus* pozostaje bez wpływu na drżenie.

Słuch: na prawem 6 m szeptu; na lewym ± 75 cm szeptu, niskie dźwięki słyszy gorzej niż wysokie. W. A. w lewo. Temp. 37,1, tętno 96.

Chorą przyjęto na klinikę. Przy oglądaniu chorej uderza zniekształcenie dłoni lewej. Zgrubienie stawu nadgarstkowego, kciuk lewy wydaje się grubszy niż prawy, wskaziciel lewy zniekształcony po długotrwałej sprawie ropnej, która rozwinęła się po oparzeniu; trzeci paliczek palca środkowego ręki lewej zniekształcony po uderzeniu młotkiem, na czwartym palcu blizna po skaleczeniu nożem, na piątym blizna po skaleczeniu sierpem. Dłoń lewa wydaje się w całości większa niż prawa.

Wszystkie te wypadki z palcami zdarzyły się w ciągu ostatnich lat czterech, w różnych czasach. Chora przypomina też sobie, że mniejwięcej od czterech lat cierpi na okresowe darcia w lewej ręce i barku. Te zmiany skłoniły do szczegółowego oglądnięcia całego ciała, o czem zresztą wspomnę przy badaniu neurologicznem.

Nos przedstawia obraz nieżytu przewlocznego. Przy badaniu jamy ustnej, gardzieli i krtani stwierdza się: lewa połowa języka wykazuje drgania włókienkowe; przy wyśpiewywaniu „a" i „e" *raphe palati* przesuwa sie nieco w prawo, lewa połowa podniebienia podnosi się słabiej niż prawa. Odruchy podniebienne i gardłowe prawie zniesione. Ruchy przywodzenia i odwodzenia struny głosowej lewej wybitnie upośledzone. Obmacywanie sondą lewej połowy krtani i nagłośni nie wywołuje żywszych odruchów. Z prawej połowy krtani i nagłośni żywy odruch dławienia i kaszlu.

Badanie stroikowe wykazuje na uchu lewem najznaczniejsze upośledzenie dla tonów niskich. Weber C c_1 A_1 c_2 c_3 wybitnie w lewo, Schwabach A_1 przedłużony o 21". Górna granica słyszenia na uchu lewem nieznacznie obniżona.

Oczopląs obrotowy III st. w lewo (jak rano), objaw przetokowy pneumatyczny, oraz ucisk sondą na ziarninę — ujemne. Kolejny ucisk na żyły jarzmowe, bez wpływu na oczopląs; położenie głowy i ciała również bez wpływu na oczopląs.

Wskazywanie samoistne — 1) od dołu ku górze — ręka lewa nazewnątrz, prawa trafnie; 2) od zewnątrz do środka: lewa mija ku górze i nie dociąga ku środkowi, prawa trafnie. Romberg uczulony w lewo — tył. Przy chodzeniu nogi rozstawione dość wydatnie, zbaczanie w lewo.

Próby obrotowe:

Obrót w lewo, głowa ku przodowi: niezmiernie żywy oczopląs następowy, czysto poziomy w prawo, trwa 70", po pięciu sek. spokoju pojawia się oczopląs spontaniczny (obrotowy w lewo); zawrót bardzo silny — silniejszy od tego, jaki chora odczuwała przed ośmiu dniami. Nudności, bladości, potu nie zauważono. Wogóle podkreślić należy, że mimo żywych odczynów chora znosi badanie doskonale.

Obrót w prawo, głowa ku przodowi: przez 60" niemal czysto poziomy, dość grubo-fazowy oczopląs w lewo, poczem szybkie przejście w oczopląs obrotowy. Uczucie zawrotu bardzo żywe.

Obrót w prawo, głowa wtył: żywy, grubo-fazowy, poziomo-obrotowy oczopląs w prawo, trwa 14". Zawrót mierny.

Obrót w lewo, głowa wtył: wzmożenie oczopląsu samoistnego na ± 15" zawrót słaby.

Obrót w prawo, głowa na lewe ramię: żywy, grubo-fazowy oczopląs pionowy — górny, pod koniec ze składową obrotową w lewo, trwa około 14". Zawrót słaby.

Obrót w lewo, głowa na lewe ramię: żywy oczopląs pionowy — dolny, trwa około 20". Pod koniec wydatna składowa obrotowa w lewo. Zawrót dość silny.

Próby cieplikowe:

Ucho prawe 50 cm^3, 45°, 15 sek: po 22" pojawia się żywy, grubofazowy, prawie czysto poziomy oczopląs w prawo; trwa 105", poczem przechodzi prawie nagle w oczopląs samoistny. Wskazywanie (przy podtrzymywaniu chorej w ściśle pośredniem położeniu) niezmiernie żywe, oboma w lewo. Zawrót silny, lecz słabszy znacznie niż po odpowiednim obrocie.

Ucho lewe. 50 cm^3 kw. borowego 3% 16°: po 12" bardzo żywy poziomy, dość drobny oczopląs w prawo, trwa 128". Po ± 10" spokoju pojawia się spontaniczny. Wskazywanie odczynowe oboma w lewo, bardzo energiczne.

Ucho prawe 20 cm^3 16°: oczopląs w lewo przybiera typ poziomo-obrotowy. Wskazywanie odczynowe oboma rękami silnie w prawo.

Próby galwaniczne:

Simplex K. prawe: przy 2,8 MA. pojawia się niemal czysto poziomy drobno-fazowy oczopląs w prawo, (przy pośredniem ustawieniu oczu). Nachylenie głowy i tułowia w lewo zaznaczone.

Simplex A. lewe: przy 2,0 MA. pojawia się niemal czysto poziomy drobno-fazowy oczopląs w prawo. Nachylenie głowy i tułowia w lewo zaznaczone.

Przytoczone próby galwaniczne świadczą wymownie o dużej przewrażliwości na bodźce galwaniczne. Już tak niskie wartości prądu (2,8 oraz 2 MA.) były w stanie odwrócić żywy oczopląs samoistny. Zauważyć też można, że odczyn z ucha lewego wypadł jeszcze łatwiej niż z prawego. W przypadku tym nie można jednak z tej drobnej różnicy wysnuwać wniosków o większej pobudliwości galwanicznej błędnika lewego, gdyż — jak to opisałem już gdzieindziej — ziarnina w uchu środkowem, a nawet wypełnienie wodą przewodu zewnętrznego poprawia nieco warunki dla przewodzenia prądu.

Że przetoka błędnikowa może warunki przewodzenia wybitnie poprawić, na to wskazali już Brünings i Hofer. Również przygotowująca się przetoka błędnikowa poprawia warunki przewodzenia prądu. Czy i w omawianym przypadku nie mamy przygotowującej się przetoki, tego na podstawie badania galwanicznego nie można tu rozstrzygnąć, gdyż ogromna przewrażliwość galwaniczna powodująca odczyny już przy bardzo niskich wartościach prądu sprawia, iż wszelkie różnicowanie na podstawie drobnych bardzo odchyleń wartości, staje się niepewnem. Znamienny jest w tym wypadku typ oczopląsu galwanicznego.

Jak wiadomo, oczopląs galwaniczny ma typ obrotowo-poziomy, przyczem składowa obrotowa jest o wiele wydatniejsza od poziomej.

W tym przypadku otrzymaliśmy niemal czysto poziome drżenia.

Przy każdym odczynie błędnikowym istnieje pewien współudział danych składowych tonicznych drżenia, z których najsilniejsza przebija się niejako przez słabsze i nadaje grze toniczno-rytmicznej pewien charakter. W naszym przypadku istnieje oczopląs samoistny, obrotowy, w lewo. Użytym bodźcem galwanicznym (K. prawe i A. lewe) powinno się wywołać — u osobnika normalnego — oczopląs obrotowo-poziomy w prawo. Można więc sobie wyobrazić, że w tym przypadku składowa obrotowa samoistna zniosła się niejako z tą składową obrotową, którą miał wywołać bodziec galwaniczny, a ostała się i wystąpiła — przebiła niejako — składowa pozioma drżenia galwanicznego. Naogół trzeba zaznaczyć, że właśnie dzięki temu, iż oczopląs galwaniczny ma charakter przeważnie obrotowy, bodźce galwaniczne dostarczają nieraz ciekawych szczegółów przy badaniu samoistnych oczopląsów obrotowych.

Rozważając wyniki prób obrotowych możemy dopatrzeć się podobnych cech odczynów. Oczopląs po obrocie w lewo (głowa ku przodowi) ma typ poziomy — towarzysząca mu zwykle składowa obrotowa została jakgdyby wygaszona przez samoistną obrotową. Patrząc na wynik obrotu w prawo (głowa ku przodowi) uderza nas również, że mimo istnienia samoistnego oczopląsu obrotowego, typ bardzo żywego oczopląsu odczynowego ma tylko drobną — w stosunku do poziomej — składową obrotową. Z tego zachowania możemy wnioskować, że użyty bodziec wywołał o wiele silniejszy skutek na mechaniźmie oczopląsu poziomego, niż obrotowego i że potężna składowa pozioma pokrywa niejako w części samoistną względnie i odczynową składową obrotową. Mechanizm oczopląsu obrotowego okazuje się tutaj znacznie mniej dostępnym dla bodźców obwodowo-błędnikowych, niż mechanizm dla oczopląsu poziomego. Podobnie objaśnić możemy wyniki prób cieplikowych. Drżenie samoistne jest tu pochodzenia ośrodkowego, a bodźce obwodowe są niejako zaczopowane częściowo od mechanizmu obrotowego, mechanizm oczopląsu poziomego jest natomiast dla bodźców obwodowych niejako otwartym.

Zbierając krótko najważniejsze dane dotychczasowego badania powiemy, że u osobnika z przewlocznem ropieniem ucha środkowego mamy: 1) oczopląs samoistny pochodzenia środkowego, przy utrzymanej czynności obu błędników, 2) zaburzenia ruchowe i czuciowe gardła i krtani, 3) zniekształcenie dłoni lewej.

Zespół *„paralysis recurrentis* + oczopląs w stronę porażonej połowy krtani" podkreślili szczególniej Brunner i Fremel. Pod względem umiejscowienia uszkodzenia opisany przypadek nie

pozostawiał prawie żadnych wątpliwości, zaś natura uszkodzenia tego, a mianowicie *syringobulbia et syringomyelia* — zwłaszcza wobec zmian na dłoni ręki lewej *(manus Morvani)* nie zdawała się ulegać większej wątpliwości. Istotnie dalsze badanie dostarczyło nowych danych dla tego rozpoznania.

Z danych neurologicznych nadmienię: źrenice okrągłe równe, oddziaływanie na światło i zbieżność utrzymane, dno oczu bez zmian. Czucie na twarzy bez zmian, odruchy rogówkowe żywe, równe. Kończyny górne: zaniki w zakresie *m. deltoideus et supraspinatus sin., scapula alata* po lewej. O zmianach odżywczych na dłoni lewej już wspomniano. Zaników mięśni małych ręki lewej nie daje się stwierdzić, obraz jest jednak przykryty zmianami odżywczemi skóry na obu powierzchniach dłoni lewej. Ruchy palców dobre, odruch m. trójgłowego lewego może o śladzik słabszy niż prawego. Odruchy brzuszne słabe, równe. Kończyny dolne: ruchy czynne i bierne bez zmian.

Próba pięto-kolanowa obustronnie sprawna. Odruch kolanowy lewy żywszy niż prawy, achillesowy lewy znacznie żywszy niż prawy. *Clonus* rzepki i stopy lewej. Innych odruchów nieprawidłowych brak. Zaniki w zewnętrzno-górnej okolicy pośladka lewego. Przy chodzeniu z zamkniętemi oczami zbacza w lewo. *Adiadochokinesis* zaznaczona po lewej. Czucie dotyku bólu i ciepłoty upośledzone w zakresie lewej połowy szyi, tułowia — do wysokości pępka — oraz w całej kończynie górnej. Podane stosunki na stronie grzbietowej z tem, że i lewa połowa głowy zajęta (tylko zakres V b. z.).

Czucie położenia palców rąk i nóg dobre, kręgosłup bez zmian. Stan neurologiczny, który sprawdzał kilkakrotnie p. dr. Ślączka, utrzymywał się stale bez zmian.

Przytoczone w krótkości dane neurologiczne przemawiają również za rozpoznaniem jamistości rdzeniowej.

Z dalszego przebiegu podnieść należy jeszcze pewne szczegóły: badanie w kierunku kiły wypadło ujemnie. Dnia 3 stycznia usunięto ziarninę z ucha lewego i przeprowadzano dalej leczenie zachowawcze ucha. 8 stycznia temp. 39°, chora nie podaje żadnych dolegliwości. Przy badaniu przedmiotowem stwierdzono *angina follicularis*, przyczem znamiennem było, że chora nie odczuwała żadnych bólów ze strony gardła. W trzy dni później ciepłota prawidłowa.

Od 15 stycznia zauważyć się daje, że źrenica lewa bywa chwilami szersza niż prawa. Różnica ta jest tylko nieznaczna i przelotna. Ponadto można było spostrzegać zmiany w oczopląsie samoistnym. Pojawiał się mianowicie przelotny oczopląs poziomy II st. w prawo. 17 stycznia widziałem prawie czysty oczopląs poziomy III st. w prawo, przyczem źrenica lewa była szersza niż prawa i to znacznie wyraźniej niż przy badaniach poprzednich. Typ wskazywania samoistnego nie uległ zmianie. Bodźcami cieplikowemi można było i teraz odwracać oczopląs z zupełną łatwością, a odczyny wskazywania wypadały energicznie na obu rękach.

Terenem zmian wywołujących objawy otologiczne bywa zwykle przy jamistości opuszkowej szczelina leżąca pomiędzy korzonkami rdzeniowemi n. IX. i VIII. Szczelina ta rozpoczyna się od substancji szarej wyścielającej komorę czwartą, skąd biegnie mniej lub więcej głęboko w kierunku wentrolateralnym. Położenie tej szczeliny nakrywa więc częściowo teren *arteriae cerebelli inf. post.*, który daje klinicznie zawiłe nieraz obrazy ze zespołu Wallenberga. Przy zmianach rozległych spotykamy tu najpierw objawy z homolateralnych nerwów czaszkowych — *trigeminus, vestibularis, glossopharyngeus, vagus*. Przy zajęciu *radix spin. V*, względnie *subst. gelatinosa V*, spotykamy na twarzy cebulasto ułożone strefy zaburzenia czucia. W opisanym przypadku staranne poszukiwania w tym kierunku wypadły ujemnie.

Według Leidlera powstaje przy syryngobulbji oczopląs i wtedy, gdy szczelina dosięgnie drobnej nawet tylko części korzonka spinalnego n. VIII, lub zaatakuje włókna łukowate biegnące od tegoż do pęczka podłużnego tylnego. Oczopląs jest zwykle skierowany na obie strony; bywa jużto poziomy lub poziomo-obrotowy, zwykle silniej wyrażony w stronę ogniska. Oczopląs może też być czysto obrotowym (np. przypadek Becka). Przy ogniskach bardziej bocznie położonych, oczopląs bywa zwykle skierowany w stronę ogniska; przy bardziej środkowem ułożeniu ogniska może on bić tylko w stronę zdrową (Reys i Meyer).

Z badań Leidlera wynika, że oczopląs obrotowy wywołują zmiany leżące na wysokości i najbardziej ogonowych części *radix spinalis VIII*, oczopląs poziomy natomiast ma swą przyczynę w zmianiach rozłożonych na wysokości między ogonowemi częściami włókien łukowatych, a poziomem dosięgającym niemal VII.

Zachowanie się oczopląsu odczynowego bywa różne; w niektórych przypadkach daje się on łatwo odwracać, w innych znów odwrócenie odczynowe oczopląsu nie udaje się. Wszędzie jednak, gdzie badanie było dokładnie przeprowadzone, dawało się wywoływać mijanie odczynowe. W żadnym ze znanych mi z doświadczenia i piśmiennictwa przypadków syryngobulbji, nie był upośledzony słuch z przyczyn ośrodkowych. Zdaje się więc obowiązywać twierdzenie Frankl-Hochwartha, że przy sprawach opuszkowych nie spotyka się prawie nigdy zaburzeń słuchowych, za wyjątkiem wiądu rdzenia. Uszkodzenia jądrowe, względnie włókien n. IX, prowadzą w tych przypadkach do homolateralnych zaburzeń smaku w tylnych częściach języka. Zmiany w zakresie *nucl. ambiguus*, względnie dróg od niego idących, prowadzą do zaburzeń ruchowych podniebienia miękkiego, gardzieli i krtani. Wspomnę jeszcze o objawach wywołanych przez zadziałanie na *substantia reticularis*, a przedewszystkiem na najbardziej grzbietowo położone roślinne włókna, które wiodą podniety z *hypothalamus* poprzez ośrodki rdzeniowe do splotów współczulnych szyjnych. Zadziałanie na te drogi prowadzi bądźto do pełnego obrazu Hornera bądź do różnych obrazów częściowych.

Gdybyśmy — na podstawie powyższego przedstawienia — chcieli bliżej określić siedzibę zmian odpowiadających za objawy otologiczne w opisanym przypadku, to posługując się wynikami badań Leidlera powiemy, że zmiany te dotyczą najbardziej ogonowych części *vestib. descendens (nystagmus rotatorius)*, że dalej nie dosięgają do głębokości *descendens quinti* i *substantia gelatinosa quinti*, że najbardziej środkowo spotkaliśmy objawy z n. XII, zaś najbardziej bocznie z *corp. restiforme*.

Co do przelotnej nierówności źrenic, to możemy się liczyć w tym przypadku zasadniczo z dwoma możliwościami: 1) z przyczynami natury ośrodkowej, 2) natury obwodowej (zmiany ropne w uchu środkowem). Co do drugiej możliwości, aczkolwiek teoretycznie uzasadnionej, powiedzieć możemy, że naogół rzadko tylko zachodzi — jak to już gdzieindziej opisywałem. Co do pierwszej podnieść należy, że jest znacznie prawdopodobniejszą tem bardziej, że, jak to raz widziałem, zmiana typu oczopląsu, oraz nierówność źrenic wystąpiły równocześnie, co robi wrażenie, jakgdyby ta sama przyczyna miała wpływ na oba zjawiska.

Przypadek powyższy zajmującym jest i z tego powodu, że tocząca się równocześnie sprawa ropna w uchu środkowem lewem nasuwała w pierwszej chwili myśl, że chodzi tu o powikłanie śródczaszkowe pochodzenia usznego. Wywiady zebrane od chorej zdawały się również przypuszczenie to potwierdzać, zwłaszcza że chora podkreślała swe uszne dolegliwości na pierwszem miejscu, a nie wspominała o żadnych innych.

Tak więc na pierwszy rzut oka biegła myśl mimowoli w kierunku *abscessus cerebelli, meningitis circumscripta phossae cranii post., hydrops recessus lateralis ventriculi quarti* i t. p. Dokładniejsze przebadanie mogło jednak w tym przypadku ustalić bez wątpliwości właściwe rozpoznanie.

Zastanawiającym mógł się wydać rzekomo ostry zupełnie początek choroby, która rozpoczęła się darciami za lewem uchem i nagłym atakiem zawrotu, jeśli zważymy, że tłem anatomo-patologicznem jamistości są procesy glejotwórcze obok glejogubnych, i że zmianom tym towarzyszą częste krwotoki, wytłumaczenie ostrych objawów w naszym przypadku staje się zrozumiałe.

Po zupełnem osuszeniu ucha lewego i serii naświetlań promieniami Roentgena, chorą wypisano z tem, że ma się zgłaszać do dalszego leczenia rentgenologicznego oraz do kontroli otologicznej.

Dr. Józef GRUENHUT. Kraków.

Stosowanie radu w łączności z zabiegiem operacyjnym w przypadkach raka szyjki macicznej.

Z kliniki ginekolog.-położnicz. U. J.
Tymcz. kierownik: Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Sprawa leczenia nowotworu złośliwego części pochwowej, trzonu lub też pozostałych części rodnych kobiecych, rozwija się równolegle z postępem leczenia nowotworów złośliwych innych narządów. Wiadomą jest też rzeczą, iż sprawa postępowania naszego nie jest jednolicie rozstrzygniętą i wyniki dotychczasowego leczenia nie mogą być uważane za bezwzględnie pomyślne.

W zakresie ginekologji najdoszczętniejszem i dotąd najwięcej stosowanem postępowaniem jest zabieg operacyjny. O ile we wczesnych przypadkach nie przedstawia on dla doświadczonego chirurga większych trudności, o tyle w przypadkach daleko posuniętych, gdzie rozwój nowotworu poczynił już duże zniszczenia w sąsiadujących narządach, zabieg musi być rozszerzony i często do operacji sposobem Wertheima dołączyć musimy wycięcie częściowe innych narządów. Sam zabieg doszczętny przedstawia znaczny odsetek śmiertelności bezpośrednio po operacji a rokowanie pogarsza się jeszcze więcej w przypadkach połączonych z usunięciem innych narządów.

Według zestawienia bezpośredniej śmiertelności po zabiegu sposobem Wertheima przy raku szyjki macicznej we większych zakładach wynosi ona w odsetkach ogółem 14,87%. Poniżej przytaczam zestawienie kilku zakładów:

	Ilość przypadków	zejść śmiertelnych	%
Zweifel	396	26	6,5
Berkeley	238	—	11,5
Bumm	332	40	12,6
Franz	800	123	14,1
Küstner	—	—	19,4
Stoeckel	206	40	19,4
Halban	131	27	20,6

Widzimy więc, że wyniki osiągnięte drogą operacyjną wykazują duży odsetek śmiertelności bezpośredniej po zabiegu. Jako przyczynę zejść spotykamy ogólne zakażenie otrzewnej, zapalenia płuc, niedomogę mięśnia sercowego — słowem powikłania mogące wystąpić po każdym zabiegu tu występują dużo częściej.

W klinice krakowskiej na 241 przypadków było 43 zejść śmiertelnych czyli 17,7%. Odsetek ten jest również znaczny, wypada jednak zaznaczyć, że nie da on się zmniejszyć ze względu na dużą ilość przypadków względnie daleko posuniętych.

W okresie wprowadzenia leczenia radem zdawało się, iż tym sposobem będzie można leczyć doszczętnie nowotwory złośliwe, a więc i raka szyjki macicznej bez zabiegu operacyjnego. Uniknęłoby się w ten sposób niebezpieczeństwa samego zabiegu. Zapatrywania te jednak okazały się płonne. Dokładne zestawienia wyników uzyskanych leczeniem radem raka szyjki macicznej w krakowskiej klinice ginekologiczno-położniczej U. J. dały naogół wyniki niezadawalniające, przypadków bowiem wyleczenia było bardzo niewiele. We wielu przypadkach miejscowej poprawy chorzy zgłaszali się później z przerzutami. Ogółem stosowano w roku 1925 rad w 86 przypadkach. Nie dało się jednak zaprzeczyć, iż często była czasowa poprawa, nacieki przymacicza cofały się, owrzodzenie nowotworowe ustępowało, i często przypadki poprzednio nienadające się do zabiegu, po zastosowaniu energji promiennej poprawiały się tak dalece, iż zabieg można było wówczas wykonać. Odnosi się to głównie do przypadków w ostatnim roku, przyczem przy stosowaniu energji promienistej wzorowaliśmy się na postępowaniu Adlera.

W przypadkach nadających się do zabiegu Adler operuje sposobem Schauty, a więc wykonuje rozszerzone usunięcie macicy wraz z przydatkami przez pochwę. Przy trudnym dostępie daje cięcie pomocnicze Sucharda. Przyznać się musi, iż doszczętność tego zabiegu jest uwarunkowana tem, jak daleko dany przypadek jest posunięty. W przypadkach bowiem wczesnych, gdzie w przymaciczach niema nacieków nowotworowych lub zapalnych, można usunąć części zapalne, względnie doszczętnie tkankę przymaciczną. W przypadkach zaś daleko posuniętych staje się to albo wręcz niemożliwe, albo wykonać się daje tylko w niedostatecznej mierze. Adler jednak nie przykłada zasadniczej wagi do usunięcia tkanki przymacicznej, albowiem uzupełnia on swe czasami mało doszczętne operowanie założeniem radu odrazu po zabiegu w ranę pooperacyjną i to w przymacicza od strony pochwy. Nigdy nie widział on żadnych z tego powodu powikłań, kładąc jedynie nacisk na odpowiednie odsunięcie moczowodu sączkiem z gazy. Chore znoszą zabieg dobrze. Widoczna jest duża różnica w samopoczuciu chorej po zabiegu drogą pochwową w stosunku do drogi brzusznej. Wielką zaletą tego zabiegu jest znikomo mała śmiertelność po zabiegu. Zabieg sam wykonuje w uśpieniu polegającem na podaniu przed zabiegiem weronalu, skopolaminy i morfiny *(Dämmerschlaf)*, przy równoczesnem miejscowem znieczuleniu tutokainą. Zalety tego ostatnio wymienionego postępowania mieliśmy także sposobność poznać sami, operując podobnie w 3 przypadkach typowego usunięcia macicy przez pochwę sposobem Schauty bez żadnych powikłań. Odnośnie zaś do raka szyjki, gdzie w większości przypadków mamy do czynienia z osobami starszemi, obejście się bez uśpienia wydaje się być pewnym postępem.

Z chwilą kiedy otrzymaliśmy do dyspozycji 100 mg radu, postępowaliśmy tak jak Adler.

Wychodząc z założenia, że leczenie wyłącznie radem nie daje odpowiedniej poręki wyleczenia zupełnego, uważając dalej, że ognisko, które dawać może przerzuty, winno być w pierwszym rzędzie usunięte doszczętnie , a to uczynić można tylko przez zabieg chirurgiczny, zachowaliśmy leczenie chirurgiczne. Ponieważ jednak już samo tylko leczenie radem dawało widoczną poprawę miejscową, postanowiliśmy dołączyć do zabiegu chirurgicznego doszczętnego równoczesne stosowanie radu.

Operując dotychczas raka szyjki macicznej sposobem Wertheima, pozostaliśmy narazie przy tym sposobie, zwłaszcza iż jest on najbardziej doszczętny. Chcąc dołączyć działanie energji promiennej, zakładaliśmy rad bezpośrednio przy zabiegu. Czyniliśmy to w ten sposób, iż po wyjęciu macicy z przydatkami i przymaciczem, po dokładnem zaopatrzeniu krwawiących naczyń i okłuciu brzegów pochwy, zakładaliśmy rad w podłużnych aplikatorach z miedzi niklowanej, umieszczonych w drenach gumowych bez ołowiu, owiniętych w gazę odpowiednio grubą, pod kontrolą oka w przymacicza, uważając na odpowiednią odległość od moczowodu i wypuszczając wolne końce drenów przez pochwę. Następnie zeszywaliśmy otrzewnę ścienną nad raną operacyjną. W odpowiednim czasie przez wyciągnięcie drenów usuwaliśmy rad, pozostawiając gazę. Na podstawie własnego doświadczenia możemy powiedzieć, iż przy tym sposobie postępowania nie widzieliśmy w przypadkach operowanych z tego powodu żadnych powikłań. Chore też nie miały żadnych osobliwych dolegliwości. Na 12 w ten sposób operowanych przypadków mieliśmy jeden przypadek zejścia śmiertelnego z powodu zapalenia otrzewnej, które jednak nie mamy powodu odnosić do założenia radu. Przypadki te były następnie 3—4 tygodnie naświetlane jeszcze promieniami Roentgena i miały się następnie w pewnych odstępach czasu zgłaszać do ewentualnego dalszego stosowania radu.

Odnośnie do ilości radu, to stosowaliśmy po 50 mg w obu przymaciczach na 6 godzin, a więc stosowaliśmy 600 mg godzin. Dowiedziono, iż dawka ta stojąca znacznie poniżej granicy t. zw. *ulcus dosis* nigdy nie wywoływała oumiarcia tkanki zdrowej i nigdy nie uszkadzała moczowodu przy zachowaniu wyżej wspomnianych ostrożności.

Założenie radu bezpośrednio po zabiegu ma, według naszego założenia, na celu zniszczenie komórek nowotworowych, znajdujących się w drogach limfatycznych w najbliższem otoczeniu, lub też, co czasem się zdarzyć może, rozsianych w polu operacyjnem. Dostęp zaś do tych miejsc jest najdogodniejszym w czasie samego zabiegu.

Zaznaczyć jednak musimy, iż dalecy jesteśmy od wyciągania z naszego postępowania jakichkolwiek wniosków ostatecznych. Stoimy bowiem na stanowisku, iż mimo że postępowanie nasze ma duże uzasadnienie teoretyczne, dopiero kontrola tychże przypadków w przepisanym czasie wykazać może wyższość opisanego postępowania. Wydaje nam się jednak, iż połączenie dzisiejszej jedynie właściwej drogi, operacyjnego usunięcia możliwie doszczętnego ogniska nowotworowego przy równoczesnem leczeniu radem, może poprawić dotychczasowe wyniki. Jeżeli przy opisanem postępowaniu nie spotyka się żadnych ujemnych powikłań u chorych, wydaje nam się podobna próba dostatecznie usprawiedliwiona.

Dodać jeszcze musimy, iż zabiegu operacyjnego tylko wtedy nie stosujemy, jeśli mamy wyraźne przeciwwskazanie do jego wykonania ze względu na stan ogólny chorej lub też z powodu zbyt daleko posuniętego rozwoju nowotworu. W tych tylko przypadkach stosować się winno wyłącznie energję promienną i niejednokrotnie udać się może przypadki daleko posuniętego rozwoju nowotworu później jeszcze doszczętnie operować.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Kronika Dentystyczna: Nr. 2, 1933. J. Godlewski: Przypadek rozlanego zapalenia szpiku kostnego szczęki górnej.

Wiadomości Lekarskie. Nr. 3, 1933. Jan Offenberg: W sprawie rozpoznawania tasiemca. — Marja Engel: Lampa kwarcowa w pedjatrji. — F. Bross Grünszpanowa i J. Spitzer: O konieczności przebadywania dzieci przeznaczonych na kolonje letnie promieniami Roentgena i tuberkuliną.

Wiadomości Lekarskie. Nr. 4, 1933: M. Blassberg: Przewroty w dietetyce cukrzycy. — Wł. Meidinger i I. Spitzer: O kwalifikacji przypadków gruźlicy płuc do leczenia sanatoryjnego w Kasach Chorych.

Medycyna Praktyczna. Nr. 5, 1933: K. Bross: Z kazuistyki błędów lekarskich. — T. Białynicki-Birula: Instrukcja do planu ujednostajnienia pracy w instytucjach przeciwgruźliczych.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 5, 1933: St. Niemczycki: Oznaczanie liczby bakteryj w mleku metodą Skar'a. — Z. Finik: O możliwościach racjonalnego zwalczania gruźlicy u bydła. — F. Schwarz: Borowina w lecznictwie u zwierząt. — St. Michalski: Z rentgenografji narządu moczowego psów. — M. Nehrebecki: Walka z przemytem mięsa i potajemnym ubojem w Łodzi 1930—1932 r. — J. Mrygoń: Sprawozdanie roczne z Rzeźni Miejskiej w Tomaszowie Mazowieckim za r. 1932.

Polska Stomatologja. Nr. 6. 1933: K. Szepelski: Przewlekłe zapalenia ozębnej, ich powikłania (ziarniniaki zewnątrzustne) i ich leczenie metodą własną chirurgiczną.

Medycyna. Nr. 11, 1933: E. Salitówna i St. Januszkiewicz: Szpiczak mnogi. — H. Gromadzki: Pracownia na usługach diagnostyki ciąży. — T. Zawodziński: Przypadek śmiertelnego krwotoku po okresie przekwitania. — Wł. Mikułowski: Pląsawica rodzinna. — J. Godlewski: O leczeniu chirurgicznem posocznicy po anginie. — K. Szokalski: Anaemia achlorhydrica hypochromica.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 11—12, 1933: Cz. Wiecki: O polską lekarską rację stanu. — N. Metelski: W sprawie lekarza domowego. — K. Łazarowicz: Kasy pogrzebowe a ubezpieczenia lekarzy. — W. Frommer: Upadek materjalny lekarzy i środki zaradcze. — J. Drac: Stan nauczania terapji fizykalnej w uniwersytetach zagranicą i u nas. — M. Rosenbaum: Zaleszczyki. — R. Kochloeffel: Szczawnica.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 22, 1933: W. Strażewicz: Kminek zwyczajny.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 23, 1933: L. Deloif: Z kazuistyki trudnych rozpoznań gruźlicy płuc. — A. Festensztat i J. Hufnaglówna: Odosobnione ropne zapalenie osierdzia wywołane przez *micrococcus catarrhalis.* — J. M. Cunge: O cytoarchitektonice mózgu w świetle nowszych badań. — Wł. Arciszewski: Spostrzeżenia nad wynikami leczniczemi kuracji czekoladą tranową „Vitanova" u dzieci krzywiczych. — M. Augarten: Walka z gruźlicą na Zachodzie i u nas.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 154, 1933: W. Sarnewiec: O zmienności prątka *brucella abortus.* — E. Szyfelbejn: Przypadek uwięźnięcia ciał obcych w ścianie odźwiernika żołądka u psa.

Oceny.

Wit Stwosz, rzeźbiarz chorób skórnych. Prof. Dr. Franciszek WALTER. Szczegóły dermatologiczne ołtarza marjackiego. (Kraków, 1933. Wydawnictwa Krakowskiego Towarzystwa miłośników historji medycyny).

Ukazała się na półkach księgarskich w marcu b. r., jako pierwszy zeszyt wydawnictw Krakowskiego Towarzystwa miłośników historji medycyny, rozprawka wymieniona w nagłówku, znana już historykom sztuki i historykom medycyny i omawiana już na łamach „Czasu"[1]) krakowskiego, a nieznana zapewne szerszemu ogółowi lekarzy.

Z pośród lekarzy zaciekawi ona z pewnością najwięcej dermatologów — stąd przyczyna, dlaczego dermatolog broszurę tę omówić zamierza.

Zastrzegam się wyraźnie: „omówić" a nie „ocenić". I jeśli omówienie tej broszury znajdzie się na szpaltach „Polskiej Gazety Lekarskiej" w dziale „Oceny" to dla tej prostej przyczyny, że działu feljetonowego czasopismo to, poświęcone naukom lekarskim, nie posiada.

Dla omawiającego tę broszurę może to i lepiej, a jeśli nie lepiej, to napewne wygodniej, bo niedociągnięcia „feljetonisty" łatwiej i autor i czytelnicy wybaczą, wyczuwając, że sprawozdawca w dziale „ocen" ma prawo rzecz omawiać w sposób może suchy i nudny, a nie tak barwny i żywy, jak się tego od feljetonisty wymaga. Ażeby zaś oddać wiernie wartość tej zajmującej i naprawdę pięknej rozprawki Waltera, chciałoby się być i estetą niepozbawionym wytwornego smaku i ukochania piękna, i narratorem żywym i barwnym i znawcą sztuki, oraz rozlicznych sposobów jej wypowiadania się. Z tego punktu widzenia wypowiedzą się o broszurze Waltera, nie wątpię pochlebnie, inni ku temu powołani. Mnie przypada w udziale rola (niewdzięczna) omówienia szczegółów broszury ze stanowiska dermatologa.

Dermatolog ma się wypowiedzieć, czy spostrzeżenia autora mogą mieć poważniejszą wartość odnośnie do znajomości pewnych jednostek chorobowych w XV-tym wieku i czy rozpoznanie chorób wyobrażonych w omawianej rzeźbie Wita Stwosza jest słuszne, dostatecznie uzasadnione i trafne.

Odnośnie pierwszej części zagadnienia można bez wahania stwierdzić, że praca Waltera zasługuje na uznanie, bo jest zapoczątkowaniem w Polsce tych studjów jeszcze odłogiem leżących, jakie już w innych krajach zajmowały i zajmują umysły poważnych badaczy.

[1]) Dr. J. Dobrzycki, „Czas" z dnia 15 kwietnia 1933 r.

Te wzory autorów zagranicznych nasunęły zapewne Walterowi myśl podjęcia studjów podobnych na materjale naszych sztuk plastycznych. Przedsięwzięta obecnie odnowa cennego zabytku sztuki plastycznej z XV wieku, najsławniejszego dzieła genjalnego snycerza średniowiecza Wita Stwosza z ołtarza z kościoła N. P. Marji w Krakowie była ku temu znakomitą sposobnością. Walter chwyta wlot tę sposobność i przystępuje do badań w sposób poważny z prawdziwym pietyzmem i, jak świadczy omawiana broszura, gruntownie przygotowany.

Dzięki temu pietyzmowi, szczeremu umiłowaniu piękna, niemniej dużemu rozczytaniu się w poważnych dziełach autorów zagranicznych stwarza istotnie studjum krytyczne, poważne, sumiennie opracowane i godne przeczytania, cowięcej, godne naśladowania. W rozważaniach i wnioskach umie zachować umiar i ostrożność, niczego nie twierdzi, niczego nie narzuca apodyktycznie, a jedynie rozważa i rozstrząsa, porównuje, ocenia i waży.

Wie dobrze, że teren to niebezpieczny i śliski, że rozpoznanie dermatologiczne na żywym jest rzeczą niełatwą, że wzrok, dotyk nieraz zawodzą, że rozstrzygają o rozpoznaniu niejednokrotnie dopiero badania pracowniane, że rozpoznania z najwierniejszych nawet odlewów są jeszcze trudniejsze, jeszcze mniej pewne, a cóż dopiero rozpoznanie z rzeźby, prawda, że rzeźby barwnej, ale bądźcobądź rzeźby, a więc rzeczy martwej, podbarwionej nadto subjektywizmem jej twórcy.

Mistrzowi tej miary, co Stwosz, z pewnością nie chodziło o oddanie szczegółów dermatologicznych podkreślających ten lub ów rys dla danej jednostki chorobowej szczególnie znamienny, ale, jak wielu plastykom średniowiecza, o realizm, a obok tego o impresję, o oddziaływanie na widza w ten sposób, by miał złudzenie prawdy i realizmu. A złudzenie prawdy nie jest jeszcze prawdą istotną. Drobny przykład niech to wyjaśni.

Przykład, wzięty i przytoczony dosłownie z omawianej broszury Waltera (str. 6): „Figury szafy środkowej, cięte w drzewie, malowane i złocone, wielkości nadnaturalnej (2,70 m) traktowane są z nadzwyczajnym realizmem, pełne życia i wyrazu, odtworzone napewno według żywych modeli". Odtworzone z nadzwyczajnym naturalizmem... według żywych modeli... ale 2,70 m wysokie.

Gdyby ktoś chciał przyjąć, choćby na chwilę, że realizm był wierny, był odtworzeniem prawdy istotnej, niekrępowanej względami perspektywy, wysokości umieszczenia figur oglądanych zdołu, mógłby wysnuć wręcz fałszywy wniosek, że przeciętny wzrost ludzi w XV wieku wynosił około, lub ściśle, 2 m 70 cm. A więc realizm, kłócący się z rzeczywistością, a przecie w sumie dający złudzenie prawdy i pełni życia.

A oczy w twarzy św. Piotra (rys. 1) w rozprawce Waltera? Jakaż nieumiarowość w ich rozmieszczeniu, kierunku i rozwartości, gdy się je ogląda z ryciny (nawiasem mówiąc świetnej). Możnaby myśleć o jakiemś patologicznem ich ułożeniu, a jednak oglądane zdołu, łącznie z twarzą z niedościgniony realizmem oddaną, zatracają tę asymetrję i dają wrażenie twarzy, chyba nigdy niezapomnianej, dziwnie uduchowionej o nadziemskiem niemal zapatrzeniu. Włosy głowy i brody oddane w najdrobniejszych szczegółach: znamienne dla łysiny łojotokowej kąty czołowe, a obok tego zupełny brak wąsów na znacznej przestrzeni pod nosem. Ten brak wąsów pod nosem niemal uporne nasuwa myśl o figówce gronkowcowej *(sycosis subnasalis)* a przecie nie można tego twierdzenia ryzykować, bo udowodnić go nie można. Ten sam typ owłosienia wargi górnej, choć wąsy i włosy są tu mniej troskliwie oddane, widzi się w rys. 2, przedstawiającym żołnierza z grupy „Pojmanie Chrystusa". Walter o tych szczegółach nie wspomina, a jednak są to szczegóły uderzające. Podnoszę je nie dlatego, bym twierdził, że należy rozpoznać wiernie oddaną figówkę *(sycosis staphylogenes)*, lecz, by podkreślić jak niesłychanie trudno jest niejednokrotnie odgadnąć z dzieła plastycznego, co jest potrzebą sztuki, co oddaniem istotnego i wiernego realizmu, a co swoistym sposobem wypowiadania się twórcy dzieła plastycznego.

Nie dla polemiki z autorem podnoszę te osobiste spostrzeżenia, przeciwnie w obronie jego chwalebnej, dobrej woli wniknięcia w te szczegóły dermatologiczne wielkiego dzieła Stwosza, na które nikt dotąd nie zwracał uwagi.

A Walter je zauważył, a zauważywszy, chce w nie wniknąć, chce je wyjaśnić ze stanowiska dermatologa i miłośnika sztuki zarazem.

Praca jego pobudza i zachęca do myślenia, nie pozwala przejść nad rzeczami dostrzeżonemi obojętnie i bezmyślnie, każe je tłumaczyć i szukać wytłumaczenia i to wytłumaczenia podwójnego: w kierunku uchwycenia myśli artysty i docieczenia, jakie choroby odtwarzał, a co za tem idzie, jakie choroby w epoce współczesnej artyście już istniały.

I tu zbliżamy się do zasadniczego punktu wartości pracy Waltera. W doskonałych rysunkach omawianej broszury: rys. 4: Fary-

zeusz z grupy „Pojmanie Chrystusa" oraz rys. 5: Uczony z grupy „Dysputa" stawia nam Walter przed oczy twarze, w których, nie bez słuszności, dopatruje się wybitnych znamion kiły wrodzonej, ale w wysnuwaniu wniosków jest powściągliwy i należycie opanowany, skoro pod owemi rycinami zamieszcza rozpoznanie: *„Lues congenita?"* ze znakiem zapytania.

Arcydzieło swoje Wit Stwosz rozpoczyna w r. 1477, a kończy je w r. 1489, a więc na 4 lata przed domniemanem zawleczeniem kiły przez Kolumba i jego załogę z Ameryki do Europy, skądże więc w dziele Stwosza już na kilka lat przedtem typy i to typy z pewnością z żywych modeli odtworzone, typy o znamionach i to tak wybitnych kiły i to kiły wrodzonej?

Bo, że słusznie w przedstawionych rycinach, wiernych odbitkach rzeźby dopatruje się Waltera znamion kiły wrodzonej, zaprzeczyć się nie da, chociaż zmiany podobne, co sam autor podnosi, powodować mogą trąd lub gruźlica.

Gdyby udało się wykazać w innych sztukach plastycznych, współcześnie z arcydziełem Stwosza powstałych, typy podobne i udowodnić, że odtwarzają one niewątpliwie kiłę wrodzoną, byłoby to poważnym argumentem w ręku tych, którzy zwalczają teorję zawleczenia kiły do Europy przez Kolumba, a starają się dowieść jej istnienia w Europie jeszcze przed rokiem 1493.

Podobnie, jak w omawianych postaciach, wykazujących cechy kiły wrodzonej, wskazuje Walter na odtworzone z dużą wiernością w postaciach rzeźby ołtarza marjackiego inne choroby skórne, a to w wspomnianej wyżej twarzy św. Piotra na niewątpliwą brodawkę starczą, na takąż brodawkę starczą lub łojotokową na twarzy „żołnierza" z grupy „Pojmanie Chrystusa" obok tego na nabłoniaka płaskiego, również na twarzy tegoż żołnierza, wreszcie na włókniaka miękkiego, zwisającego ze skóry szyi pachołka tejże grupy (rys. 3).

Można się zgodzić z Walterem, że najprawdopodobniej te, a nie inne zmiany chorobowe, Stwosz z dużym realizmem i wiernością odtworzył.

Czy natomiast zmiany na nosie żołnierza z prupy „Zmartwychwstanie" (rys. 8) rozpoznać jako trądzik różowaty *(rosacea)*, a zmiany na twarzy szatana (rys. 9), jako zmiany toczniowe, byłoby już znacznie trudniej rozstrzygać.

Guzki na nosie i twarzy szatana zbyt umiarowo są rozłożone, a przytem zbyt duże i zbyt ostro ponad powierzchnię wzniesione, by można twierdzić, że właśnie tę zmianę chorobową mają przedstawiać. Układ nadmiernie rozdętych żył na podudziu (rys. 10) niekoniecznie musi być odtworzeniem żylaków, a jedynie celowem wybitniejszem ich podkreśleniem dla wyrażenia np. wysiłku. Tu i ówdzie możnaby się zatem spierać, czy rozpoznanie jest trafne, ale nie na mniej lub więcej trafnych rozpoznaniach polega wartość rozprawki Waltera, ale na wspomnianem już wyżej podjęciu szczegółowego rozpatrzenia szczegółów dermatologicznych tego cennego zabytku średniowiecza.

Ta zewszechmiar udatna próba studjów dermatologicznych na materjale martwym zasługuje na pełne uznanie.

Przy całem i pełnem uznaniu, mam jednak żal do autora tej ciekawej rozprawki, żal za tytuł: „Wit Stwosz, rzeźbiarz chorób skórnych". Tytuł ściąga niedościgłego mistrza średniowiecza z wyżyn mu należnych. Stwosz bowiem nie był rzeźbiarzem chorób skórnych, lub ich odtwórcą w rodzaju francuskiego Baretty, odtwarzającego w sposób artystyczny w odlewach rozmaite choroby skórne, ale rzeźbiarzem, raczej snycerzem z Bożej łaski, wypowiadającym się genjalnie w rozmaitych szczegółach, których drobną tylko cząstką są, miedzy innemi, także szczegóły dermatologiczne. Tytuł zatem: „Szczegóły dermatologiczne w rzeźbach Wita Stwosza" albo „Wit Stwosz jako rzeźbiarz chorób skórnych" byłby odpowiedniejszy. *J. Lenartowicz* (Lwów).

Choroby ucha. Prof. Dr. Jan SZMURŁO. Str. 288 z 163 rysunkami i 3 tablicami barwnemi. Wilno, 1933.

Autor czwartą i ostatnią część podręcznika oto-laryngologji oddaje do użytku polskiej młodzieży lekarskiej. Myśl, jaka kierowała autorem w podjęciu trudu, była danie słuchaczom naszych uniwersytetów podręcznika polskiego, a z drugiej strony zasilenie naszej literatury lekarskiej podręcznikiem, którego brak odczuwano.

Jest to pierwszy polski pełny podręcznik oto-laryngologji i zato wdzięczni mu są nietylko uczniowie, ale i szeroka rzesza lekarzy. Jeżeli autor w przedmowie mówi, że pozostawia ocenie czytelników, czy dobrze wywiązał się z zadania, to możemy mu dać odpowiedź, iż z zadania wywiązał się dobrze a podręcznik Jego stanowi duży dorobek literatury naszej.

Pomijam małe usterki, które często są błędami druku. Uważam podział książki za bardzo celowy. Obszerne omówienie części ogólnej ułatwia czytelnikowi zrozumienie części szczegółowej. Bardzo jasno wyłożona jest anatomja i fizjologja narządu słuchowego i sposoby badania, przytem bardzo dobre ilustracje pomagają zrozumieniu zawiłych nieraz danych anatomicznych. Uznać należy też za celowe przedstawienie najważniejszych zabiegów na rysunku. Poszczególne jednostki chorobowe omawia autor szczegółowo, podając objawy i sposób leczenia. Tę część zdobią też doskonałe rysunki.

W specjalnym rozdziale autor rozpatruje znaczenie słuchu w wieku szkolnym. Znaczenie chorób usznych dla służby wojskowej i ocena zdolności do pracy przy uszkodzeniu ucha została uwzględniona.

Ta część podręcznika, jak i poprzednie Prof. Szmurły, nosi charakter osobistych zapatrywań autora, opartych na własnem doświadczeniu. Autor podał to, co swojem długoletniem doświadczeniem uznał za dobre; jest to pod wieloma względami więcej wartościowe niż pisanie obszernych encyklopedyj obcych myśli bez ujawnienia swych własnych zapatrywań.

Słowa podziękowania należą się Kołu Medyków U. St. B. w Wilnie, którego staraniem podręcznik wyszedł.

Strona zewnętrzna pod względem rysunków i druku nic pozostawia nic do życzenia.

Prof. Dr. Zalewski (Lwów).

Jak już swego czasu z okazji oceny części I-ej tej książki pisać miałem sposobność, podręcznik Szmurły nie jest pierwszym polskim podręcznikiem oto-laryngologji. Przemysław Pieniążek, chluba laryngologji polskiej i europejskiej, Dyrektor sławnej za jego czasów i z jego przyczyny krakowskiej Kliniki laryngologicznej, a nauczyciel podpisanego, wydał swego czasu świetną książkę o laryngologji. Obok tego nazwiska grupują się inne jak: Heimana, Nowotnego, Rafała Spiry, Żebrowskiego i innych. Były to podręczniki z czasów, kiedy zakres dotyczących gałęzi nauki był szczuplejszy, a ich wzajemne zespolenie znacznie luźniejsze. W związku z tym faktem książki odnośne przedstawiają się z obecnego punktu widzenia jako historycznie interesujące monografje poszczególnych działów dzisiejszej oto-ryno-laryngologji, których niezależnie od ich integralnej wartości już ani „odświeżyć" ani też inaczej niż archiwalnie traktować nie można.

Lukę z powodu braku rodzimego nowoczesnego podręcznika oto-laryngologji — szczególnie rażącą w Polsce odrodzonej i dążącej do emancypacji z pod wpływów obcych, a zwłaszcza germańskich mentalności i rynków zbytu — podjął się wypełnić prof. Szmurło i z zadania tego w sześcioletnim trudzie, wytrwałym i konsekwentnym, walnie się wywiązał. Albowiem obecnie leży przed nami część czwarta i ostatnia tego podręcznika [1]).

Miałem już trzykrotnie okazję wypowiadać się o pierwszorzędnych walorach tej książki i trudno tu chwalić, nie powtarzając sie. Dlatego też część krytyczna — której nie mogę ominąć wobec dzieła, mającego prawo domagać się w ocenie najwyższej i bezwzględnej miary — zajmie mimowoli nieco więcej miejsca.

Najpierw chciałem wspomnieć o usterkach, które nie odnoszą się do *meritum* książki ani nie dotyczą autora, lecz raczej techniki korekty, a przecież nie są bez znaczenia i winny być przy następnem wydaniu uwzględnione. Dotyczą one rycin i ich objaśnień. Dla przykładu zwrócę wagę na kilka miejsc. (Skróty: strona = str, wiersz = w, objaśnienie = obj, rysunek = rys, od dołu = d, od góry = g).

Str. 29, rys. 29, obj. 4: ma być „schody bębenka", a nie „ślimaka". — Str. 34, rys. 37, obj. 8: ma być „blaszka kostna", a nie „błona" — tamże obj. 10 ma być *„crista"* a nie *„sulcus"* — tamże obj. 23: ma być *„sulcus spiralis externus"*. — Str. 35, w. 9 g. ma być „blaszka wężownicowata", a nie „błona". — Str. 35, w. 5 d.: do „wężownicowaty" ma być dodane „wewnętrzne". — Str. 36, rys. 39, obj. w. 2: ma być 17 a nie 19 — tamże ma być *„crista"* a nie *„limbus"* ze względu na obj. 7), gdzie jest tenże termin użyty — tamże obj. 17 ma być a), a nie b) — tamże obj. 25 i 26: ma być „Hensen", a nie „Henschen" (podobnie: str. 37 w. 79).

Usunięcie takich usterek, choćby i tylko sporadycznych, jest ważne, ponieważ nieobznajomionego z przedmiotem czytelnika łatwo dezorjentują, zrażają i do lektury zniechęcają.

Teraz co do terminologji: Mimo kultu dla czystości językowej uważam, że rozwlekły wyraz „wężownicowaty", zamiast pięknego i zadomowionego słowa „spiralny" nie powinien być za wszelką cenę podtrzymywany: on i tak nie ma widoków trwałego przyswojenia. Mógłbym przytoczyć przykłady, gdzie sam czcigodny autor mimowoli wraca do wyrażenia „spiralny": (str. 34, 1 d.,

[1]) Część I: Choroby nosa i jamy noso-gardłowej. Wilno, 1926. 141 rysunków w tekście. Stron 268. Nakładem autora. — Część II: Choroby jamy ustnej, gardła i przełyku. Wilno, 1930. Nakładem Koła Medyków U. St. B., 186 rysunków i 1 tablica barwna. Stron 243. — Część III: Choroby krtani i tchawicy. Wilno, 1931. Nakładem j. w., 132 rysunków i 1 tablica barwna. Stron 186.

str. 36, rys. 39, obj. 4). Czyż zresztą wyrażenie „spiralny“ jest gorsze od słowa „otolit“ i wielu innych?

Co do symbolów tonów obowiązuje w akustyce (idąc za literą c) skala: C_3 C_2 C_1 C c c^1 c^2 c^3 c^4 i t. d., przyczem przy dużych literach pisze się liczbę u dołu, przy małych u góry. Jeżeli chce się dodać liczbę drgań, trzeba cyfry te dawać w nawiasie w równej wielkości i wysokości, co litery. Jeżeli natomiast autor notuje w jednem zdaniu (np. str. 47 w. 16—17 d.): C 16... C^8 powstaje zamieszanie, albowiem powinno być albo C_3... c^8 albo C (16)... c (32768), albo wreszcie C_3 (16)... c^8 (32768). — W terminologji błędnika, za który autor uważa naogół całość narządu, unerwionego przez IV. VIII., jest na str. 49 w. 6 g. niekonsekwencja, gdy autor mówi o ślimaku i błędniku i to jego części „środkowej“ i „dolnej“, nigdzie uprzednio niezdefinjowanej. Utożsamianie choroby Ménière'a z krwotokiem błędnika z punktu widzenia dzisiejszych poglądów nasuwa pewne wątpliwości. Również określenie otosklerozy, stosowane przez autora, zaciera może nieco granice między idjopatycznemi schorzeniami labiryntu, a idjopatycznemi pierwotnemi schorzeniami pochewki kostnej okołolabiryntowej („*Labyrinthkapsel*).

W ustępie o próbie galwanicznej (str. 88 w. 1 d.) zamiast „w stronę przeciwną“ ma być „w stronę badanego ucha“ i *vice versa*.

W ustępie o badaniu słuchu wartałoby wspomnieć o akumetrii, o której mamy dobrą pracę Abramowicza (Polskie tablice akumetryczne. Przegląd Laryngo-otjatryczny. R. 1927).

O ile przy krytyce trzeba było wchodzić w szczegóły, — inna bowiem krytyka jest niedopuszczalna, nawet gdy, jak tutaj, dotyczy tylko nieistotnych drobnych szczególików — to przy omawianiu dodatnich stron będę ogólny: raz dlatego, ponieważ, jak już zaznaczyłem, miałem już trzykrotnie możność podnoszenia tych walorów, powtóre dlatego, iż jest ich za wiele, bym je mógł na łamach czasopisma *in extenso* przedstawić. Muszę tu odesłać czytelnika do poprzednich recenzyj, a najlepiej do samego dzieła. Ograniczę się tylko do słów kilku. Autor zdaje sobie doskonale sprawę, że (str. 111) „cierpienia uszne znajdują się w ścisłym związku i zależności od stanu ogólnego ustroju“ i że „o tem powinien pamiętać każdy otolaryngolog“. Zasadzie tej daje wyraz nietylko w ustępach o związku cierpień z chorobami innych narządów i o symptomatologji ogólnej (str. 55—63) lecz urzeczywistnia ją na każdej niemal stronicy książki, a zwłaszcza przy ustalaniu wskazań operacyjnych. W ten sposób wyholowuje autor otjatrję z ciasnego portu „specjalności“ na głęboki i rozlewny nurt wielkiej hipokratesowskiej medycyny, zbliża swą książkę do nowych prądów i stawia ją na poziomie europejskim. Na poziomie tym znajduje się ona także w sensie zupełnie odmiennym. Bo z drugiej strony potężny rozwój otjatrji opiera się dziś na subtelnie i bogato wykształconej skali metod specjalnych zarówno w sensie diagnozy jak i terapji, i to tak zachowawczej jak i chirurgicznej. W tym kierunku czujne oko autora nie przepuściło nic, śledząc postęp zagranicą i u nas aż do ostatniej chwili. Będąc pod każdym względem europejską, książka Szmurły jest skądinąd znów dziełem nawskróś polskiem. Wiedza jej jest daleką od martwej kompilacji, lecz jakkolwiek oparta o piśmiennictwo obce — narówni z własnem — przetopioną została w tyglu doświadczenia i umiejętnie przystosowana do rodzimych warunków i rodzimego czytelnika. Musiałbym przytaczać zbyt liczne rozdziały książki, aby wykazać prawdziwość tego twierdzenia. Ograniczę się do jednego przykładu: działu o leczeniu trąbki i przez trąbkę Eustachiusza. W opracowanie — zdradzające pióro wytrawnego pedagoga, obliczającego zgóry wszystkie wątpliwości i trudności adepta otologji — wczyta się z przyjemnością i pożytkiem każdy student i lekarz, a nawet niejeden specjalista wyniesie z niego pożytek. Wszędzie też prześwieca zasada *„primum non nocere“*. Czy weźmiemy pod uwagę dział ropnych powikłań kostnych w wyrostku sutkowym lub powikłań błędnikowych, czy wśródczaszkowych ustępy o głuchoniemocie i innych przytępieniach słuchowych, czy też o wpływie chorób zakaźnych, czy specjalną grupę zapalnych chorób ucha wieku oseskowego i dziecięcego, czy dziedziny graniczące z neurologją, chirurgją ogólną (guzy), wenerologją czy teratologją — wszędzie uzyskamy wyczerpujące i zajmująco podane informacje.

Nie zapomniano również o lekarzu wojskowym i sądowym, którzy znajdą wskazówki odnośne do przepisów służby wojskowej i schorzeń urazowych. Praktyk znajdzie dokładnie uwzględnioną recepturę. Liczne, poczęści oryginalne, ryciny uprzystępniają zrozumienie tekstu (tu i ówdzie popełnione przeoczenia nie naruszają bynajmniej tego faktu; są one sporadyczne i można je porównać z plamkami na słońcu pozytywnych walorów).

Skorowidz rzeczy i autorów (z polskich wymienieni Abramowicz, Dylewski, Guranowski, Hellin, Helman, Heryng, Januszkiewicz, Jurasz, Karbowski, Laskiewicz, Lubliner, Rozwadowski, Schwarzbart, Szmurło, Szumlański, Szumowski, R. Spira, Wąsowski, Zabłudowski, Zalewski, Żebrowski) ułatwia orjentację. Piękna okładka Dr. Kruszyńskiego zdobi broszurę.

Zakończeniem dzieła, które stanowi epokę w polskiej dydaktyce lekarskiej, Koło Medyków U. St. B. i czcigodny autor w harmonijnym wspólnym wysiłku zasłużyli się dobrze Ojczyźnie.

Dr. A. Schwarzbart (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Zmiany w chemiźmie i wydzielaniu żółci pod wpływem tyroksyny. S. LEITES i R. ISABOLINSKAJA. Klin. Wschr. Nr. 4. 1933.

Zagadnienie wpływu układu wkrewnego i wegetatywnego układu nerwowego na mechanizm żółci, szczególnie co do zawartości w niej cholesteryny i kwasów żółciowych, zasługuje na szczególniejszą uwagę z punktu widzenia patogenezy i etjologji kamicy żółciowej i tworzenia się czystych kamieni cholesterynowych. Autorowie przeprowadzili badania doświadczalne na psach z założonemi przetokami woreczka żółciowego, którym wstrzykiwali podskórnie po 1 mg tyroksyny. U psów w 16—18 godzin po ostatniem karmieniu i po podaniu tyroksyny zbierali żółć przez dwie godziny. Innej grupie psów podawali tyroksynę doustnie.

Autorowie przekonali się, że podawanie tyroksyny obniża znacznie wydzielanie żółci, przyczem po podskórnem jej podaniu można to było stwierdzić już po 2 godzinach, a obniżenie wydzielania utrzymywało się do 24 godzin. U psów pozbawionych śledziony to obniżenie było mniejsze. Co do chemizmu, to pojawiało się znaczniejsze zagęszczenie cholesteryny; ten wpływ tyroksyny był mniejszy u psów pozbawionych śledziony. Zachowanie się kwasów żółciowych naogół nie ulegało zmianom poważniejszym, podobnie Ca i K. Psy z wspomnianą przetoką były naogół oporne na tyroksynę, prawdopodobnie w następstwie wydzielania produktów jej rozpadu przez przetokę. Autorowie podnoszą, że tego podniesienia się poziomu cholesteryny, stwierdzonego przez nich po podaniu tyroksyny, nie powodują inne produkty gruczołów wkrewnych ani też trucizny wegetatywne (adrenalina, insulina, pituitryna, histamina, atropina). To swoiste działanie tyroksyny jest widocznie wybiórczem jej działaniem na przemianę wątrobową materji. Zmniejszenie się wydzielania żółci i zagęszczenie w niej cholesteryny, mogą być wstępnemi warunkami dla tworzenia się kamieni cholesterynowych i mogą wskazywać na pewien związek między hipertyreozą a skazą ustroju, polegająca na tworzeniu się kamieni żółciowych. *W. Nowicki* (Lwów).

Bakterjologja schorzeń dróg żółciowych i jej znaczenie dla ich patogenezy. K. MEYER. Klin. Wschr. Nr. 2. 1933.

Jeżeli chodzi o znaczenie drobnoustrojów w powstawaniu schorzeń dróg żółciowych, to wchodziłyby tu w grę kamienie żółciowe i stany zapalne dróg żółciowych. Nie w każdem powstawaniu kamieni żółciowych biorą udział drobnoustroje, albowiem wiadomo, że skład żółci ma tu wielkie znaczenie. Z drugiej strony wiadomo, że zakażenie ma wpływ na zachowanie się cholesteryny; bakteryjnohemolityczne procesy powodują także zwiększenie cholesteryny i wydzielanie barwika żółciowego. Drobnoustroje na drodze fizykalnej, ujemnie naładowane cząsteczki białka mogą też powodować zaburzenia w koloidalnej równowadze żółci. Usadowienie się zarazków powoduje też wkrótce stany zapalne, które w związku z tworzeniem się włóknika, wędrówką leukocytów mają znaczenie w powstawaniu kamieni. Zarazki mają znaczenie w czysto zapalnych schorzeniach dróg żółciowych; oczywiście bez brania w rachubę stanów podrażnienia, wywołanych kamieniami. Wiadomo, że w końcowych odcinkach dróg żółciowych znajdują się zarazki bez jakichkolwiek zmian zapalnych tychże odcinków. Otóż w powstawaniu tych zapaleń ma poważne znaczenie zastój żółci, wywołany nietyle mechaniczną przeszkodą, ile złemi ruchami (kurczeniem się) tych dróg. Niewiadomo napewno, dlaczego zastój żółci ułatwia dalsze zakażanie, może tu wchodzi w grę łatwiejsze rozmnażanie się zarazków, łatwiejsze posuwanie się ich dalej w drogach żółciowych, większa zjadliwość, a może mniejsza odporność błony śluzowej. Co się tyczy stwierdzenia składu zarazków, to wskazane jest badanie bakterjologiczne nietylko samej żółci, ale także ściany dróg żółciowych. Żółć otrzymana drogą zgłębnikowania dwunastnicy może zawierać także florę dwunastnicy, dlatego też najlepiej podać pepton albo siarczan magnezu, które powodują wypróżnienie z żółci woreczka — porównanie wyniku badania przed i po podaniu tych środków może nam wskazać na właściwą florę żółci.

Co do rodzaju drobnoustrojów, to mogą to być drobnoustroje stwierdzane także w innych narządach, jak pałeczka Friedländera, odmieniec, influency, pneumokoki, gronkowce, wkońcu paciorkowce, wśród nich zieleniejący. Co do gronkowców to szczególnie należy zwracać uwagę na gronkowca hemolitycznego złocistego. Paciorkowce nie są prawdopodobnie prawdziwemi paciorkowcami, lecz enterokokami. Drugą grupę stanowią zarazki typowe dla zakażeń dróg żółciowych: należy tu przedewszystkiem pał. duru i paratyfusu. Zapalne zmiany dróg żółciowych, zdaje się, nie są tak częste, jak pierwotnie przyjmowano. W znacznej większości wszystkich zakażeń zachodzą pał. okrężnicy i enterokok, i one to są głównemi zarazkami w zakaźnych schorzeniach dróg żółciowych.

Zarazki mogą się dostawać albo drogą krwi albo z jelit. Wydzielanie zarazków odbywa się przez nerki i wątrobę. W wątrobie wychwytują je komórki układu R-E, w szczególności komórki Kupffera, które mają znaczenie w tworzeniu barwika żółciowego. Te dwa mechanizmy tłumaczą nam, dlaczego sama wątroba nie ulega cięższemu uszkodzeniu. Prawdopodobnie zarazki mogą dostawać się także z krwi wprost do dróg żółciowych, a odnosi się to szczególnie do tych drobnoustrojów (pneumokoki i paciorkowce), które żółć uszkadza, a nawet zabija, lub conajmniej powstrzymuje w ich rozwoju. Tem się tłumaczy, że nawet w zalaniu ustroju temi zarazkami nie stwierdzamy ich w pęcherzyku żółciowym w przeciwieństwie do opornych na żółć enterokoków i pał. duru. Enterokok i pał. okrężnicy dostają się przedewszystkiem z przewodu pokarmowego do dróg żółciowych, możliwe, że niekiedy także z krwi. Zakażenie dróg żółciowych może zachodzić z zębów i migdałków, ale niewątpliwie bardzo rzadko, jak na to wskazują badania autora.

Zdaniem autora, zakażenie następuje najczęściej drogą przewodu pokarmowego. Wprawdzie prawidłowo nie stwierdza się zarazków w dwunastnicy i przy ujściu przewodu żółciowego wspólnego, a tylko w ich stanach chorobowych. Należy jednak pamiętać, że zarazki stwierdzone w drogach żółciowych mogą pochodzić z czasu, gdy dwunastnica była chorobowo zmieniona, a potem powróciła do normy i stała się jałową. Tak więc, według autora, głównie pał. okrężnicy i enterokok mają znaczenie chorobotwórcze dla dróg żółciowych, a dostają się do nich z przewodu pokarmowego w tym czasie, gdy tenże przejściowo stracił własności bakterjobójcze. Bakterje inne mają znaczenie mniejsze, a dostają się z krwi do dróg żółciowych. *W. Nowicki* (Lwów).

Wielorakie działanie na ustrój bilirubiny I i II.: L. ASCHOFF. Med. Klin. Nr. 45. 1932.

Jako bilirubinę I nazywa autor tę, która w reakcji H. v. d. Bergha daje odczyn bezpośredni czyli ma być pochodzenia pozawątrobowego, zaś bilirubinę II, tę, która daje odczyn pośredni, a typowym przykładem jest bilirubina w żółtaczce zastoinowej, Bi. I występująca w żółtaczce noworodków przez ne ki się nie wydziela, natomiast może niekiedy wytrącić się w postaci krystalicznej w brodawkach nerkowych wytwarzając zawały barwikowe. Również udaje się stwierdzić obecność tych kryształów w fizjologicznych płynach niektórych jam ciała np. w płynie osierdziowym. Na zwłokach noworodków udaje się czasem stwierdzić też kryształy we krwi i ten fakt przemawia za powstaniem tych kryształów po śmierci, a nie jako akt życiowy. Co do bi. II to owa łatwo przechodzi przez nerki do moczu, nie wykrystalizowując nigdy i nawet przy znacznych jej koncentracjach we krwi nie wywołuje nigdy uszkodzeń anatomicznych narządów. Niekiedy w postaci bezpostaciowej znajdują się skąpe złogi w nabłonku, nie wywołując tu zresztą żadnego uszkodzenia. Przyczynę różnicy w zachowaniu się obu tych rodzajów bi. uważa autor za niewyjaśnioną.

Godłowski (Kraków).

Powstawanie ostrych schorzeń trzustki, a ostre zapalenie otrzewnej żółciowe. H. POPPER. Med. Klin. Nr. 40, 1932.

Zdarza się, że w ostrem schorzeniu trzustki można znaleźć w żółci zaczyn diastatyczny i tryptyczny, co dowodziłoby przenikania wydzielin trzustki do żółci. Jako najczęstszą postać ostrych schorzeń trzustki uważa ostre zapalenie trzustki, z drugiej jednak strony należy stwierdzić, że przeszkody mechaniczne, tkwiące w brodawce Vatera, mogą również stać się przyczyną ostrego schorzenia trzustki. Żółciowe ostre zapalenia otrzewnej bez przebicia mają wspólny związek i dlatego odróżnianie dwóch dużych grup tych schorzeń wydaje się nieuzasadnionem.

Godłowski (Kraków).

Krążenie i wydzielanie żółci w przypadkach żółtaczki nieżytowej. E. FILO. Bratislavské Lekárske Listy. 1932, z. 10.

Na podstawie ilościowego oznaczania krążenia i wydzielania barwików żółciowych w przypadkach żółtaczki nieżytowej, odróżnia autor fazę wstępującą żółtaczki, szczytowy punkt choroby oraz fazę zstępującą. Faza wstępująca oraz szczyt choroby wykazują blokadę czynności wydzielniczej oraz niedomogę czynności urobilinopektycznej miąższu wątrobowego, w następstwie czego znajdujemy wybitnie zmniejszone wydzielanie pochodnych barwika żółciowego w moczu i kale. We fazie zstępującej reguluje się zwolna wpierw wydzielnicza czynność komórek wątrobowych, co objawia się w zwiększonem wydzielaniu zatrzymanego barwika żółciowego. Czynność urobilinopektyczna reguluje się wolniej. Rozbierając genezę żółtaczki nieżytowej, autor odczuwa na podstawie swych badań przyczynę mechaniczną i hemolityczną, przyjmując za przyczynę tej choroby niedomogę miąższu wątrobowego.

Ungar (Lwów).

O ciśnieniu śródżołądkowem i jego zmianach w związku ze zmianami ciśnienia śródjelitowego, KOVAROVIC. Cas. Lék. Česk., 1932, z. 29.

Na podstawie 104 gastrotonografij, przeprowadzonych w 64 przypadkach stwierdził autor, że przeciętna wysokość ciśnienia wewnątrz żołądka wynosi 5—12 cm wody. Osiągnąć może i 24 cm, niekiedy spada poniżej zera.

Cyfrowe określenie ciśnienia wewnątrz żołądka istniejącego jest bez znaczenia w stosunku do zmian, które wykazuje ciśnienie śródżołądkowe pod wpływem czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Wpływy, które warunkują zmiany ciśnienia śródżołądkowego są charakteru endogennego (systola Goetza, odbijanie się) i egzogennego (ułożenie ciała, napięcie ściany brzusznej).

Ciśnienie żołądka przy zwiększonem ciśnieniu w jelicie obniża się lub nie ulega zmianie, w przypadkach spadku ciśnienia w jelicie wyraźnie wzrasta. Ten objaw nazwał autor odruchem tonoregulacyjnym. *Ungar* (Lwów).

Środki przeczyszczające. H. HANDOWSKY. Med. Klin. Nr. 41, r. 1932.

Racjonalne stosowanie środków przeczyszczających polega na stwierdzeniu rodzaju zaparcia, a dopiero wtedy doborze środka, któryby działał przyczynowo. W przypadkach, w których chodzi o szybkie usunięcie treści przewodu pokarmowego poleca olej rycynowy (3 g), który w jelicie cienkiem przez rozpad i powstanie mydeł kw. rycynowego podrażnia jelito do szybkiego opróżnienia. W tych samych przypadkach stosuje kalomel w dawkach 0,2 g. Stany spastyczne jelit są przeciwwskazaniem do stosowania tegoż. Środki należące do grupy *drastica (Fr. colocinthidis, Tubera Jalapae)* działają przez podrażnienie ruchów i wydzielania jelita cienkiego. Przy ostrych zaparciach stosuje ol. rycynowy, kalomel, *sulfur depuratum* 1 do 2 g. W stanach nieżytowych przewlekłych poleca środki solne, a zwłaszcza siarczany *(magn. sulfur., natr. sulfur.*, sól karlsbadzka). W stanach obstypacji spastycznej, a więc tam, gdzie wszystkie zwieracze znajdują się w stanie skurczu, poleca środki przeciwskurczowe: *extr. belladon.* 0,015, papaweryny 0,05, względnie papawedrynę (połączenie papaweryny z eumidryną). Jako dalszą postać zaparcia traktuje rodzaj atonicznego zaparcia chronicznego, w którym poleca środki z zawartością antrachinonu: *Cort. frangulae, rhizoma rhei, aloë* i t. d. Zwraca uwagę, że fenolftaleina (0,1 do 0,2) czasami uszkadza nerki i wywołuje kolki jelitowe. W tychże stanach zaparcia wskazanem jest podawanie diety z dużą zawartością odpadków pokarmowych, by przez to zwiększyć treść jelita i pobudzić do ruchów. Działanie parafiny płynnej polega na ułatwieniu przesuwania się masy zbitego kału. W celu powiększenia treści jelita podaje się środki: *normacol regulin*, i t. d. *Neohormonal*, wyciąg ze śledziony, wstrzyknięty w ilościach 20 cm³ domięśniowo, usuwa zaparcie na kilka miesięcy. Mechanizm działania jest bliżej nieznany. *Godłowski* (Kraków).

Chirurgja, położnictwo, ginekologja i stomatologja.

Eklampsja a układ naczyniowy. E. KLAFTEN. Arch. f. Gyn. T. 148, z. 1.

Zmiany w naczyniach krwionośnych mają zasadnicze znaczenie w powstawaniu eklampsji. W uzwględnieniu badań Pala o hipertonji i hipertensji, jakoteż badań Guista o zmianach w naczyniach dna oka przy hipertonji dzieli autor przypadki hipertensji ciężarnych na kilka grup.

I. grupa: Zmiany chorobowe, czynnościowe w mięśniach ścian naczyń i to albo pierwotne (dziedziczne), lub na tle zatrucia, przyczem należy odróżnić przypadki z zapaleniem nerek od przypadków bez takiego zapalenia.

II. grupa: hipertensja spowodowana zmianami anatomicznemi ścian naczyń, miażdżyca, zwłaszcza u kobiet starszych i wieloródek.

III. grupa: mniejsza wartościowość konstytucjonalna układu naczyniowego (hipoplazja), występująca samoistnie lub w połączeniu z innemi objawami infantylizmu i zbliżona do niej mniejsza wartościowość tętnic młodocianych (juwenilnych).

IV. grupa: układ naczyniowy jeszcze niezupełnie dojrzały u bardzo młodych ciężarnych, charakteryzujący się wąskością naczyń, właściwą dla wieku młodocianego.

Dla rozstrzygnięcia przynależności do odpowiedniej grupy u każdej chorej oprócz dokładnego uwzględnienia wywiadów i zwykłych badań klinicznych serca i nerek uwzględniał autor i przeprowadzał rentgenowskie badanie serca i aorty, kilkakrotne pomiary parcia krwi, badanie szerokości i przebiegu ciśnienia żylnego, jakoteż napięcia ścian układu naczyniowego, dokładną obserwację tętna i jakości oddechów, drobnowidowe badanie naczyń włosowatych, oznaczenie szybkości opadania krwinek, kontrolę zmian na dnie oka co tygodnia, przyczem zwracano szczególną uwagę na skurcz naczyń siatkówki, wahania w jakości naczyń, korkociągowaty przebieg żył małych i obrzęk naokoło naczyń.

Na 500 ciężarnych, u których przeprowadzono badania w kierunku zmian naczyń, znaleziono 3,4% z pierwotną hipertonją, 2,8% hipertonję z zatrucia i 0,6% w formie mieszanej. W 0,4% przypadków wykazano miażdżycę aorty i naczyń obwodowych. U 464 ciężarnych nie stwierdzono żadnych zmian w naczyniach, mimo że między niemi było 0,8% eklamptyczek i 0,4% cierpiących na nefropatję. Na 12 ciężarnych kiłowych, u 2 stwierdzono zmiany w naczyniach. U 2 ciężarnych z miażdżycą tętnic istniała skłonność do podnoszenia się parcia krwi i do nefropatji. W odpowiednich tablicach uwidacznia autor związek pomiędzy chyżością opadania krwinek, parciem krwi, zastojem w naczyniach włosowatych i uszkodzeniem naczyń.

Określenie tych kilku grup ze zmianami naczyń posiada, zdaniem autora, niemałe znaczenie praktyczne. Przez wczesne rozpoznanie różnej postaci hipertonji, hipoplazji naczyń, grubości ścian naczyń juwenilnych i miażdżycy naczyń u kobiety ciężarnej, można myśleć o leczeniu zapobiegawczem eklampsji. W przypadkach pierwotnej hipertonji i miażdżycy tętnic wskazane jest ograniczenie białka i soli. Upusty krwi u kobiet tej grupy mogą właśnie być szkodliwe wskutek powstałych wahań parcia krwi w układzie naczyniowym. Mogą one nawet wywołać drgawki i krwotoki mózgowe. W przypadkach takich należy dbać o skrócenie czasu porodu, a jeśli ponadto stwierdzi się objawy zatrucia, winno się wywołać poród przedwczesny, a już rozpoczęty skończyć jaknajrychlej. W przypadkach na tle samego tylko zatrucia wskazana jest głodówka, a później ograniczenie płynów i dieta bez białka i bez soli. Natomiast upusty krwi są wskazane. U chorych takich istnieje raczej skłonność do obrzęku mózgu. W czasie porodu niema powodu do zbytniego pośpiechu i zasadniczo można go pozostawić siłom natury. *K. B.* (Lwów).

Odczyn Reid Hunta a eklampsja. H. O. KLEINE. Arch. f. Gyn. T. 147, z. 3.

Jak wiadomo, odczyn Reid Hunta polega na tem, że po podawaniu myszce białej przez pewien czas tarczycy podnosi się u niej odporność na działanie acetonitrylu i to bardzo znacznie, bo aż do podwójnej dawki śmiertelnej. Otóż z doświadczeń autora wynika, że odczyn ten w surowicy eklamptyczek dał wynik ujemny i to we wszystkich postaciach eklampsji. Badanie przeprowadził u 14 chorych, u których równoczesne oznaczenie azotu pozabiałkowego nie wykazało nigdy jakiegoś wyraźnego zwiększenia niż normalnie.

Nie stwierdził autor również zasadniczego zwiększenia odporności na acetonitryl u myszek białych pod wpływem działania surowicy eklamptyczek. Zdaniem autora doświadczenia jego sprzeciwiają się temu, by przy pomocy odczynu Reid-Hunta można zawsze stwierdzić i wykazać wzmożenie czynności tarczycy u eklamptyczek. *K. B.* (Lwów).

Wyniki pyelografji śródżylnej i rentgenologicznego badania sprawności ujść moczowodów w przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych u ciężarnych. P. SCHUMACHER. Arch. f. Gyn. T, 147, z. 3.

Porównanie rengtgenogramów miedniczek nerkowych i moczowodów po śródżylnym zastrzyku uroselektanu u ciężarnych zdrowych i cierpiących na zapalenie miedniczek w pierwszych miesiącach ciąży nie wykazuje w obrazach żadnych zasadniczych różnic. Rozszerzenie miedniczki — pominąwszy zmiany wrodzone — u ciężarnych z zapaleniem miedniczek, jest w równej mierze jak i u ciężarnych zdrowych mniejwięcej proporcjonalne do grubości odpowiedniego moczowodu. Porównanie stopnia rozszerzenia moczowodu ciężarnych zdrowych i z zapaleniem miedniczek wykazuje, że rozszerzenie moczowodu zakażonego jest, choć nieznacznie, nieco większe.

Mimo to na podstawie swych badań nabrał autor przekonania, że rozszerzenie górnych dróg moczowych u ciężarnych z zapaleniem miedniczek nerkowych jest przedewszystkiem następstwem ucisku wiotkiego (hipotonicznego) moczowodu przez macicę ciężarną i że podnoszone przez niektórych autorów działanie toksyn pałeczki okrężnicy na umięśnienie moczowodu ma znaczenie drugorzędne i tylko w przypadkach bardzo ciężkich może mieć wpływ na napięcie i perystaltykę moczowodu. Rozszerzenie moczowodu i upośledzenie jego perystaltyki w ciężkich przypadkach zapalenia miedniczek spowodowane jest częściowo przez naciek zapalny. Spotykane często u ciężarnych z zapaleniem miedniczek pętle brzusznej części moczowodu naogół nie powodują utrudnienia odpływu moczu, gdyż są ruchome, w przeciwieństwie do wrodzonych lub nabytych zagięć moczowodu poza ciążą, które charakteryzują się tem, że są niepodatne i nieruchome.

Część moczowodu przebiegająca w miednicy, u ciężarnych zdrowych bardzo rzadko, zaś u ciężarnych z zapaleniem miedniczek częściej aniżeli w połowie przypadków, jest wyraźnie rozszerzona i wykazuje upośledzoną perystaltykę. Pomimo rozszerzenia części moczowodu przebiegającej w miednicy przeszło u 100 ciężarnych zdrowych i cierpiących na zapalenie miedniczek nie stwierdzili autorowie odruchu moczowodu jako objawu, przemawiającego za niedomykalnością jego ujścia. Okoliczność ta przemawia przeciwko zapatrywaniu, jakoby mocz zakażony mógł przedostawać się ku górze i zakażać miedniczki.

K. B. (Lwów).

Zwiększenie ilości hormonu tylnego płata przysadki we krwi oraz rodzaj i nasilenie objawów klinicznych w przypadkach nefropatji i eklampsji ciężarnych. K. J. ANSELMINO i F. HOFFMANN. Arch. f. Gyn. T 147, z. 3.

Materjał obserwacyjny autorów obejmuje 21 przypadków nefropatji i eklampsji. U 20 chorych klinicznie stwierdzono obrzęki. U chorych tych wykonali 145 badań na zawartość składników antydiuretycznych hormonu przedniego płata przysadki. Wykazali hormon ten w 20 przypadkach, w 2 przypadkach lżejszych nieregularnie. Zawartość substancji antydiuretycznej we krwi odpowiadała w przeważnej liczbie przypadków wielkości obrzęków i nasileniu objawów klinicznych. Są jednak niewątpliwie przypadki, w których tej zgodności nie można wykazać. U chorych z bardzo znacznemi obrzękami znajdowali autorowie około 6—8 jednostek Voegtlina (= V. E.) substancji antydiuretycznej hormonu t. p. p. w przypadkach lżejszych 2—3 V. E. Cyfry te przedstawiają atoli tylko wartości minimalne, gdyż zdaniem autorów pewne ilości hormonu mogą być związane z białkiem surowiczem lub ulec absorbcji w filtrze. W każdym razie powyższe ilości nadają się do zużytkowania w celach porównawczych.

Równocześnie z poprawą stanu klinicznego, objawiającego się zwiększeniem diurezy, jakoteż zmniejszeniem się obrzęków i ustępowaniem zmian w nerkach, można stwierdzić zmniejszanie się substancji antydiuretycznej w krwi chorych. W kilku przypadkach, w których nastąpiło bardzo znaczne polepszenie objawów klinicznych, ilość hormonu spadła do tak małej ilości, że eksperyment na zwierzętach nie wykazał wcale zmniejszenia diurezy. Decydujący wpływ na zawartość we krwi hormonu tylnego p. p. wywiera poród. W kilku przypadkach już w 20—30 godzin po porodzie nie znaleźli autorowie we krwi żadnej substancji działającej antydiuretycznie i to nawet u chorych, u których jeszcze bezpośrednio przed porodem mogli wykazać bardzo wielkie ilości hormonu t. p. p. we krwi. Wyjątek stanowił jeden przypadek eklampsji połogowej.

Porównanie przypadków eklamsji i nefropatji co do zawartości we krwi substancji antydiuretycznej nie wykazuje żadnych znaczniejszych różnic. Nigdy nie stwierdzili autorowie u eklamptyczek większej ilości hormonu, aniżeli u chorych z nefropatją. W istocie mogli u jednej chorej z objawami preeklampsji wykazać we krwi obecność substancji antydiuretycznej dopiero wówczas, gdy w czasie porodu wystąpiły drgawki. Jest to przypadek należący do tych nielicznych wyjątków, w których mimo widocznych obrzęków nie udaje się regularnie wykazać substancji antydiuretycznej. W drugim przypadku o lekkich objawach nefropatji mogli wykazać niewątpliwie jeszcze 3 dni przed porodem zwiększenie ilości substancji antydiuretycznej. U chorej tej w czasie porodu wystąpiły 2 napady drgawek, a mianowicie w czasie przerzynania się główki i w chwili wygniatania łożyska.

U całego szeregu ciężarnych zdrowych bez widocznych obrzęków mogli autorowie przy pomocy większej ilości ultrafiltratu wywołać nieznaczne zmniejszenie diurezy. Przypuszczają atoli, że objaw ten może polegać jeszcze na niedokładności samej metody, dlatego nie wysnuwają z niego żadnych wniosków. Również w 2 przypadkach *Hydrops gravidarum* przy pomocy ultrafiltratów nie stwierdzili u zwierzęcia doświadczalnego wyraźnego zmniejszania się diurezy. Przyjmują za możliwe, że zawartość hormonu t. p. p. w przypadkach tych nie była tak wielka, aby ją mogli wykazać przy pomocy swej metody.

We wszystkich przypadkach eklampsji i nefropatji z podwyższonem parciem krwi powyżej 180 mm Hg znajdowali substancję

podnoszącą parcie krwi, która to substancja prawdopodobnie jest identyczna ze składnikami hormonu t. p. p. podnoszącemi parcie. Ilość substancji podnoszącej parcie krwi w każdym przypadku pozostaje w ścisłym związku do stopnia podniesienia parcia krwi u chorej i zdaje się również zmniejszać się w miarę zmniejszania się parcia krwi. Fakty te przemawiają za związkiem przyczynowym podniesienia się parcia krwi z wystąpieniem substancji podnoszącej parcie we krwi chorych. Godnym uwagi jest objaw, że można uzyskać substancję podnoszącą parcie krwi właśnie u chorych, u których parcie krwi wynosi 180 mm Hg. Z badań farmakologicznych wiadomo bowiem, że podniesienie parcia na pewien bodziec jest najsilniejsze wówczas, jeżeli ciśnienie krwi jest niskie. Jeśli ciśnienie to jest wyższe, wówczas ten sam bodziec powoduje daleko mniejsze jego podwyższenie. I tak z badań Miesa wiadomo, że u chorego z ciśnieniem krwi o 180 mm Hg tylko przy pomocy bardzo silnego bodźca można jeszcze ciśnienie to zwiększyć i to bardzo nieznacznie. Z uwagi na te fakty przyjmują autorowie, że we krwi chorych z eklampsją i nefropatją o ciśnieniu 180 mm Hg musi znajdować się czynnik jakiś, podnoszący parcie krwi i to o bardzo znacznej koncentracji, skoro może u chorych tych zwiększyć parcie krwi jeszcze ponad 180 mm Hg. Czynnik ten ponadto znajduje się we krwi tych chorych w tak znacznej ilości, że mogli u zwierzęcia doświadczalnego wywołać podniesienie parcia krwi.

Substancja antydiuretyczna hormonu t. p. p. i substancja podnosząca parcie krwi zdają się występować u chorych z eklampsją i nefropatją zupełnie niezależnie od siebie. I tak w jednym przypadku eklampsji, w którym brak było zupełnie obrzęków, a tylko parcie krwi było bardzo wysokie, nie mogli autorowie wykazać wcale substancji antydiuretycznej, natomiast wykazali obecność znacznej ilości substancji podnoszącej parcie krwi. To niezależne od siebie występowanie obu substancyj ma zwłaszcza wielkie znaczenie z uwagi na różne możliwości występowania ataku drgawek.

K. B. (Lwów).

Wykazanie zmiany zawartości hormonu tarczycy w krwi ciężarnych z nefropatją i eklampsją. F. HOFFMANN i K. J. ANSELMINO. Arch. f. Gyn. T. 147, z. 3.

Doświadczenia swe przeprowadzali autorowie przy pomocy 3 sprawdzianów, a mianowicie przemiany podstawowej, glikogenu i acetonu. Stwierdzili, że surowica ciężarnych z nefropatją powoduje u szczurów i myszek mniejsze wzmożenie przemiany podstawowej, zmniejszenie się wytwarzania acetonu, jakoteż mniejszy ubytek glikogenu w wątrobie, aniżeli surowica ciężarnych zdrowych. Przeciwnie surowica ciężarnych cierpiących na eklampsję powoduje wzmożenie wydzielania acetonu i znaczniejszy ubytek glikogenu aniżeli surowica ciężarnych zdrowych. Odpowiednich doświadczeń co do zachowania się przemiany podstawowej u eklamptyczek dotychczas nie mogli przeprowadzić. W poprzednich swych doświadczeniach wykazali, że wzmożenie przemiany podstawowej u szczurów, jakoteż zwiększenie się we krwi zawartości acetonu a zmniejszenie się ilości glikogenu w wątrobie szczurów i myszek po injekcjach surowicy ciężarnych dowodzą działania hormonu tarczycy w krwi ciężarnych. Wnioskują zatem z tych doświadczeń, które zdaniem ich wymagają jeszcze dalszych badań na większym materjale, że zawartość we krwi hormonu tarczycy w porównaniu ze zdrowemi ciężarnemi u ciężarnych z nefropatją jest zmniejszona, zaś u ciężarnych z eklampsją zwiększona.

K. B. (Lwów).

Zgodność w objawach klinicznych nefropatji i eklampsji ciężarnych z działaniem hormonu tylnego płata przysadki. K. ANSELMINO i F. HOFFMANN. Arch. f. Gyn. T. 147, z. 3.

Impuls do pracy na powyższy temat dało autorom przypuszczenie, że przyczyną eklampsji jest zaburzenie wewnątrz-wydzielnicze, polegające na nadmiernej produkcji antydiuretycznych i podnoszących parcie krwi składników hormonu tylnego płata przysadki. Autorom udało się w istocie wykazać napewno, że regularnie w nefropatji i eklampsji zawartość hormonu tylnego płata przysadki we krwi jest nadmiernie wzmożona. Metodykę i wyniki badań podają autorowie w innej pracy. *K. B.* (Lwów).

Eklampsja bez drgawek i utraty przytomności. Stefan BIRÓ, Budapeszt. Zbl. f. Gyn. 1932, Nr. 50.

Dla typowej rzucawki porodowej z drgawkami są charakterystyczne zmiany anatomo-patologiczne w nerkach i w wątrobie. Jednakże obecność drgawek nie jest objawem istotnym dla eklampsji w pojęciu klinicznem, tylko objawem najbardziej rzucającym się w oczy, charakterystycznym. Są opisane przypadki eklampsji, w których sekcyjnie stwierdzono najbardziej typowe dla eklampsji zmiany degeneracyjne tłuszczowe i ogniska nekrotyczne w nerkach i wątrobie, klinicznie jednak przebiegające atypowo — bez drgawek. Objawy kliniczne eklampsji bez drgawek są następujące: objawy prodromalne, identyczne jak przy eklampsji z drgawkami, bóle głowy, wymioty, zaburzenia wzroku. Obrzęki i białkomocz są częste, ale niestałe. Objawy ciężkie prawie zawsze występują nagle: bóle w dołku, niepokój ruchowy, silna duszność, sinica, zapaść. Niekiedy występuje żółtaczka, która jest zawsze objawem ciężkim, wybroczyny na skórze i spojówkach; ciepłota może być wysoka lub poniżej normy. Ponieważ objawy te mogą wystąpić pojedyńczo, więc obraz kliniczny eklampsji bez drgawek jest b. zmienny. Naogół w piśmiennictwie zebrano od 1920 r. 60 przypadków eklampsji bez drgawek. Prawdopodobnie schorzenie to występuje częściej, ponieważ jednak objawy są różnorodne i obraz kliniczny zmienny, wliczono tu tylko te przypadki, w których rozpoznanie zostało z całą pewnością potwierdzone sekcyjnie. Poza tem zebrał autor w piśmiennictwie 13 przypadków eklampsji, potwierdzonych sekcyjnie, w których zachowana była świadomość.

Segal (Lwów).

O wycięciu macicy wraz z pochwą w przypadkach całkowitego wypadnięcia macicy u staruszek. A. J. SSEREBROFF. Arch. f. Gyn. T. 147, z. 3.

Wszystkie operacje stosowane w przypadkach całkowitego wypadnięcia macicy wykazują pewien, niektóre nawet dość znaczny odsetek nawrotów, a cogorsza, nawet śmiertelności. Przy wyborze metody operacyjnej wiek chorej jest decydujący. U staruszek stosujemy bardzo chętnie całkowite wycięcie macicy i pochwy, zwłaszcza że zabieg ten technicznie jest prosty i łatwy. Jako efekt operacji powstaje silne i wysokie krocze, co zapobiega nawrotowi. W zakładzie Okintschitza w Leningradzie zabieg ten wykonuje się obecnie systematycznie u kobiet po wieku przekwitania bez *vita sexualis*. Po wycięciu macicy i pochwy zaszywa się otrzewną całkowicie, a kikuty wszystkie umieszcza się pozaotrzewnowo. Następnie zaszywa się pochwę kilkoma szwami kapciuchowemi, a błonę śluzową przedsionka również kilkoma szwami jedwabnemi węzełkowemi i to w kierunku poprzecznym. Efekt operacji zależy przedewszystkiem od należytego zarośnięcia pochwy. Z 23 chorych operowanych przez autora zmarły 2, u reszty, o ile kontrola była możliwa, nie przyszło do nawrotu.

K. B. (Lwów).

Technika częściowej symfyzeotomji. (Wskazania i wartość lecznicza w przypadkach porodów patologicznych na podstawie spostrzeżeń 100 przypadków). E. ZARATE. Arch. f. Gyn. T. 147, z. 3.

Zabieg wykonuje autor zawsze podskórnie i śródtorebkowo. Przecina przytem część włóknisto-chrząstkową spojenia łonowego i znaczną część więzadła łukowatego (częściowo i przedniego). Doświadczenia zdobyte na obserwowaniu 100 przypadków (68 wieloródek i 32 pierwiastek) wypowiada autor w następujących wnioskach:

Symfyzeotomja częściowa jest zabiegiem bardzo pojedyńczym i zupełnie bezpiecznym — bardziej aniżeli inne zabiegi położnicze i to nawet dla lekarza praktyka, dlatego winna być przedmiotem nauczania. W przypadkach trudniejszych i o wskazaniach względnych, rzecz naturalna, winien ją stosować jedynie operator biegły i doświadczony. Kleszcze i obrót winno się stosować tylko wyjątkowo. Po przecięciu spojenia należy główkę przeprowadzać przez wchód w jego wymiarze skośnym. Hipofizę należy stosować bardzo ostrożnie, gdyż bardzo silne skurcze macicy, które główkę wypierają, mogą po przecięciu spojenia łonowego spowodować pęknięcie przedniej ściany pochwy.

Lekkie upośledzenia chodu, które występują u niektórych chorych po tym zabiegu, są następstwem wczesnego wstania z łóżka. Chora winna pozostawać w łóżku przez 21 dni, ponieważ w tym czasie wytwarza się w spojeniu już zupełny, włóknisty zrost.

Przeciwwskazanie do tego zabiegu stanowią miednice o sprzężnej prostej poniżej 8 cm, dalej tężcowe skurcze macicy i wreszcie pierwiastki o niepodatnej szyi macicy i mało elastycznej pochwie. Jeśli się przestrzega tych warunków, to zabieg ten, zdaniem autora, w przypadkach porodów nieprawidłowych jest daleko mniej niebezpieczny, aniżeli wszystkie inne. *K. B.* (Lwów).

Wycięcie nerwu przedkrzyżowego w ginekologji. (Wskazania i rezultaty). COTTE, Lyon. Zbl. f. Gyn. z. 2. 1933.

Metodę stosował autor w przypadkach raka szyi z objawami neuralgicznemi na skutek ucisku nerwów w przymaciczach. Wyniki dobre, jeśli bóle nie są wynikiem ucisku korzonków krzyżowych. Główne jednak znaczenie metody polega na leczeniu funkcjonalnych zaburzeń narządu rodnego. Doskonałe rezultaty otrzymał autor po wycięciu nerwu przedkrzyżowego w przypadkach boles-

nego miesiączkowania na tle podrażnienia *plexus hypogastricus*, oraz pochwicy *(vaginismus)*. Dobre wyniki osiągnął też autor przy zaburzeniach czuciowych: *nymphomania, frigiditas*, jakoteż w świądzie sromu i marskości sromu. *T. Paruch* (Lwów).

O plastyce gruczołu sutkowego. C. G. N. NOE, Haga. Ztrbl. f. Gyn. Nr. 45, 1932.

Po licznych próbach plastyk rozmaitemi metodami, autor uznaje za najbardziej polecenia godną metodę dwuczasową. Pierwsza operacja polega na odpreparowaniu płata skóry, szerokości brodawki sutkowej, aż do miejsca, gdzie ta później przez zeszycie ze sobą odpowiednich brzegów rany zostanie przemieszczoną. Amputacja dolnego odcinka sutka, uchwyconego w specjalne klemy, zapomocą cięcia łukowatego, kryjącego się we fałdzie podsutkowym. Szew węzełkowy. Po trzech tygodniach druga operacja, polegająca na bocznem okrojeniu brodawek dla usunięcia wytworzonych przy poprzedniej operacji dwu fałdów po obu jej stronach.

Metoda powyższa zilustrowana dokładnie zamieszczonemi w tekście rysunkami czyni zadość trzem wymaganym postulatom, mianowicie daje możliwie niewidoczną bliznę, sprowadza jak najmniej zaburzeń funkcji oraz wrażliwości brodawki sutkowej. *M. Dubicki* (Lwów).

Plastyka otłuszczonego brzucha. Friedrich KOEGLER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 90, z. 5.

Wychodząc z założenia, że zbyt wielkie nagromadzenie się tłuszczu w powłokach brzusznych ze względów kosmetycznych, a i zdrowotnych jest wysoce niepożądane dla kobiety, podaje autor metodę plastyki brzucha, którą wykonał u 51 chorych. Do tej operacji oczywiście nie nadają się przypadki ogólnego otłuszczenia, powstałego na tle zaburzeń czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Zabieg wykonywał zawsze tylko dodatkowo przy sposobności jakiejś laparotomji. Autor prowadził długie cięcie skórne poprzecznie nad okolicą spojenia łonowego. Następnie po klinowatem usunięciu nadmiaru tłuszczu wraz ze skórą otwierał jamę brzuszną w linji środkowej. Ilość wyciętego tłuszczu wahała się zależnie od potrzeby od $2^1/_2$ do 8 kg. Po skończonej operacji wewnątrz-otrzewnowej zeszywał powłoki, wkładając zawsze dreny gumowe w boczne kąty rany. Dreny usuwał trzeciego dnia. Wyniki bezpośrednie po operacji były nader zachęcające. Trzy osoby zmarły, ale zdaniem autora od przyczyn, niemających nic wspólnego z operacją plastyczną. W 5-ciu przypadkach zaznaczało się zbyt powolne gojenie się rany. W innych przypadkach rana goiła się szybko z pozostawieniem małej blizny. Chore naogół czuły się po operacji doskonale, blizna kosmetycznie zadowalająca. Badania kontrolne wykazały, że wyniki były trwałemi jeszcze w kilka lat po zabiegu. *J. Lenczowski* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 8 lutego 1933 r.

Przewodniczący: doc. dr. Szymanowicz.

1. Kol. dr. Hładij przedstawił z Oddziału chirurgicznego szpitala O. O. Bonifratrów *trzech chorych po wyjęciu śledziony*.

Przypadek 1-szy dotyczył *ruptura lienis traumatica*, 2-gi *abscessus lienis typhosus*, 3-ci *cystis lienis*.

2. Dr. Leopold Schönbauer docent Uniwersytetu wiedeńskiego wygłosił odczyt p. t. „*Doświadczenia i wyniki w operacjach guzów mózgowych*".

W dyskusji zabierali głos pp. Koledzy: dr. Miodoński i dr. Kirschner.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 15 lutego 1933 r.

Przewodniczący: doc. dr. Szymanowicz.

1. Prezes doc. Szymanowicz zawiadamia o zwołanem na sobotę 18 b. m. Nadzwyczajnem Walnem Zgromadzeniu Związku Lekarzy polskich b. Galicji.

2. Kol. Uhma przedstawia z Oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala św. Łazarza dwa przypadki:
1) *Niezwykle usadowiona torbiel jajnikowa w skręcie.*
2) *Mięsak żółciakowaty (sarcoma xanthomatodes).*

W dyskusji nad przypadkami zabierali głos pp. Koledzy: dr. Hładij, doc. Szymanowicz, dr. Chudyk.

3. Kol. dr. Marja Solecka wygłosiła odczyt p. t. „*O typach konstytucjonalnych*".

W dyskusji nad odczytem zabierali głos pp. Koledzy: doc. Zieliński i doc. Rogalski.

W odpowiedzi Kol. Solecka.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 22 lutego 1933 r.

Przewodniczący: doc. dr. Szymanowicz.

Odczytano uchwały Nadzwyczajnego Walnego Zgromadzenia delegatów Towarzystwa Lekarzy polskich b. Galicji, odbytego w dniu 18 lutego w Krakowie.

1. Prezes doc. Szymanowicz przypomina kolegom ważność rozwoju Zdroju Morszyn i prosi dla dobra Towarzystwa Lekarskiego o poparcie wyrobów Morszyna.

2. Kol. dr. J. Grünhut przedstawia z Oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala św. Łazarza przypadek skrętu szypuły guza jajnikowego w przebiegu gruźlicy otrzewnej.

3. Kol. dr. H. Reiss asystent Kliniki chorób skórnych i wenerycznych wygłosił odczyt p. t. „*O pochodzeniu i powstawaniu t. zw. wyprysku łojotokowego*". (Patrz P. G. L. 1933, Nr. 16 i 17).

W dyskusji prof. dr. Walter podnosi, że zmiany chorobowe zachodzące w skórze właściwej i w naskórku należy rozpatrywać pod kątem zmian czynnościowych komórek. Zmieniona funkcja komórki może być pochodzenia konstytucjonalnego. Dlatego też mówimy o różnorodnych stanach konstytucjonalnych skóry i naskórka. Konstytucjonalny stan łojotokowy skóry odznacza się zmienioną czynnością komórek naskórka i gruczołów łojowych — nieprzerabiających odpowiednio surowca tłuszczowego dowiezionego drogą krwi z przewodu pokarmowego. Stan ten wzmożonego wydzielania o zmienionym jednakowoż chemiźmie tłuszczu jest przyczyną powstawania stanu łojotokowego, w następstwie którego rozwija się niezwykła wrażliwość skóry na rozmaite bodźce — a więc i na bodźce bakteryjne (paciorkowce i gronkowce). Tę przewrażliwość naskórka, gruczołów łojowych i potnych (te bowiem również wydzielają tłuszcz) można stwierdzić bądźto próbami czynnościowemi, według Jaegera i Blocha, bądź też czynnikami bakteryjnemi (szczepionki), względnie nawet wyciągami alkoholowo-eterowo-acetonowemi tłuszczów naskórka i gruczołów łojowych. To konstytucjonalne podłoże warunkuje także powstawanie wyprysku łojotokowego, przyczem czynniki bakteryjne odgrywają rolę bodźca wywołującego zmiany chorobowe o typie *eczema seborrhoicum*. Bakterje te nie są więc jedyną przyczyną powstawania tych zmian chorobowych.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dziekanem Wydziału Lekarskiego U. J. K. we Lwowie wybrany został po raz drugi prof. farmakologji doświadczalnej, Dr. Włodzimierz Koskowski.

Prof. Dr. Edward Loth, sekretarz generalny Tow. Naukowego Warsz., wybrany został na członka Fińskiej Akademji Nauk w Helsinki.

Dr. Jan Poratyński został odznaczony złotym krzyżem zasługi za pracę na polu obrony powietrznej i przeciwgazowej.

Prof. Albert Calmette w Paryżu, wybitny badacz gruźlicy, ukończył 12. czerwca 70 rok życia.

Prof. Wiktor Schilling został, jako następca Prof. G. Klemperera, mianowany kierownikiem IV-tej Kliniki Uniwersyteckiej Chorób Wewnętrznych w Berlinie.

Zmarli.

Dr. Wacław Goździcki zmarł w 61 roku życia.

Dr. Jan Feliks Różycki, płk.-lekarz w st. sp., zmarł w Warszawie.

Dnia 25-go maja b. r. zmarł nestor czeskiego położnictwa i ginekologji Prof. Dr. Wacław Rubeška, przeżywszy lat 79. Zmarły ogłosił 90 prac naukowych oraz wydał podręcznik „Poradnictvi pro lékaře".

Mina Minavici, prof. medycyny sądowej w Bukareszcie, zmarł dnia 23 kwietnia b. r. w wieku 76 lat.

Prof. chirurgji Juwara zmarł w maju b. r. w Bukareszcie.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Posiedzenie naukowe Tow. Lek. Warsz. odbyło się dnia 13 czerwca 1933 r. 1) Bronowski Szczęsny, czł. T-wa: „O regeneracji czyli o odnowie tkanek i narządów ustroju ludzkiego ze stanowiska przeważnie klinicznego". 2) Świątecki Jan, czł. Twa: „O wpływie mocznika na naczynia i serce".

Lwowskie Tow. Lekarskie odbyło XX. posiedzenie naukowe dnia 16 czerwca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Penner, gość: „Pokaz przypadku *Hydroa vacciniformis*"; 2) Kol. Oberländer, czł. T-wa: „Pokaz ciekawszych przypadków z zakresu urologji"; 3) Kol. Ziembicki, czł. T-wa: „Nieznana relacja o śmierci Jana III." (wykład).

Sprawy zawodowe.

Na zlecenie Min. Opieki Społ. zwrócił się Związek Kas Chorych w Warszawie do Zarządu Izby Naczelnej o wydelegowanie przedstawicieli Izby do narad ze Związkiem celem opracowania norm umowy ramowej Kas Chorych z lekarzami. Narady wstępne rozpoczęły się dnia 1 czerwca b. r.

W N-rze 11—12 Nowin Społeczno-Lek. czytamy:

Protest Związku Lekarzy Polaków. Władze niemieckie usunęły ze stanowiska lekarza Kasy Chorych na Śląsku niemieckim obywatela niemieckiego, Polaka d-ra Kwoczka, pod bezzasadnym zarzutem komunizmu. Z tego powodu Tow. Lekarzy Polaków w Katowicach wystosowało zbiorowy protest do prezesa komisji mieszanej na Górnym Śląsku, Calondera, w którym dowodzą nieprawdziwości zarzutów i jako powód usunięcia podają przyznawanie się do polskości. Dr. Kwoczek jest jedynym Polakiem, pracującym na Śląsku Opolskim, a tymczasem na Śląsku polskim jest bardzo wielu lekarzy Niemców, zajmujących różne stanowiska i cieszących się opieką władz polskich. Wobec tego lekarze katowiccy zwrócili się do komisarza z prośbą o podjęcie starań, w celu naprawienia krzywdy i materjalnej i moralnej, jaką władze niemieckie wyrządziły niesłusznie dr. Kwoczkowi.

Różne.

Minist. Opieki Społ. wezwało Inspektorów Farmaceutycznych do ściślejszej kontroli urządzenia wewnętrznego aptek, szczególnie nowozałożonych, a to ze względu na liczne stwierdzone braki. Ministerstwo zaznacza, że przestarzałe postanowienia dotychczas obowiązujących ustaw jak np. posiadanie tłuczarni do sporządzania proszków lub zielarni mogą być pominięte.

Wydział Wytwórczości Związku Pracy Obywatelskiej Kobiet w Warszawie, ul. Nowogrodzka 23, zawiadomił Ministerstwo Opieki Społecznej, że przy współudziale swych oddziałów prowincjonalnych w liczbie przeszło 800, uruchamia w tym roku zbiór i suszenie ziół leczniczych dziko rosnących.

Mimo iż bogactwo ziół leczniczych w Polsce jest tak wielkie, że możnaby je eksportować za kilkanaście miljonów rocznie, import ziół z zagranicy wynosi dotychczas parę miljonów złotych rocznie.

Związek Pracy Obywatelskiej Kobiet ma zamiar przy zbieraniu ziół zatrudniać bezrobotne kobiety wiejskie pod kierownictwem należycie przeszkolonych instruktorek. Praca w tym kierunku ma na celu zatrzymanie importu, co na wypadek wojny miałoby specjalne znaczenie, jak również wzmożenie eksportu, wymagającego planowej i fachowej organizacji.

Ministerstwo Opieki Społ. uważając, że akcja powyższa zewszechmiar zasługuje na poparcie, wezwało swe organy do poparcia tej akcji.

Samolot sanitarny polski „Lublin R. XVI", konstrukcji inż. Rudlickiego przebył trasę z Warszawy do Madrytu (3.000 km) drogą powietrzną na Kongres Lotnictwa Sanitarnego. W konkurencji samolotów sanitarnych otrzymał on pierwsze miejsce i puhar *Rafaela* za najlepsze warunki bezpieczeństwa komfortu i szybkości z przystosowaniem dla transportu chorych i rannych. Samolot nasz zabiera 2 chorych leżących i 1 siedzącego; posiada szybkość przeciętną 170 km na godznę i zasięg 600 km lotu.

Czechosłowackie Narodowe Prezydjum V. L. S. uzyskało w ministerstwie komunikacji zniżki na kolejach czeskich dla czechosłowackich uczestników Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Poznaniu.

Komunikaty.

Powołując się na regulamin T. I. P. Komitet Miejscowy Zjazdu Internistów Polskich uprasza o nadesłanie krótkiego streszczenia prac, zgłoszonych na Zjazd i to w językach polskim i francuskim najpóźniej do 1. lipca b. r. Streszczenia nadesłane poza ustalonym terminem nie mogą być uwzględnione i z tego powodu prace będą wyłączone z obrad.

Ministerstwo Komunikacji wprowadziło celem ożywienia ruchu na linjach kolejowych znaczne ułatwienia przez obniżenie z rozmaitych tytułów cen biletów kolejowych

W t. zw. pociągach popularnych, kursujących sporadycznie między większemi miastami, korzystają podróżni z zniżki 70-cio procentowej.

Członkowie towarzystw, zrzeszonych w Związku Polskich Towarzystw Turystycznych i w Polskim Związku Narciarskim, posiadają prawo do nabywania — za okazaniem legitymacji członkowskiej — biletów jazdy po cenie, niższej o 33 procent, do wszystkich stacyj wymienionych w legitymacjach.

Zbiorowe wycieczki szkolne i grupowe robotnicze wyjazdy turystyczne korzystają z zniżki 50-cio procentowej.

Wyjazdy t. zw. świąteczne ułatwiają bilety ze zniżką 25 procent, ważne na okres 3 dni.

W drodze powrotnej z uzdrowisk, wymienionych w osobnym rejestrze, po pobycie conajmniej 10-cio dniowym, przysługuje zniżka 50-cio procentowa.

Mapa Uzdrowisk Ziem Polskich opracowana przez prof. dr. L. Korczyńskiego została wydana nakładem Pol. Tow. Balneologicznego. Ukaże się z końcem czerwca b. r. na półkach księgarskich.

Dla ułatwienia pobytu w uzdrowiskach i zwiedzania Polskiego Wybrzeża udziela wszelkich wiadomości sekretarjat Nadmorskiego Związku Propagandy Turystycznej. Adres: Wejherowo, Starostwo Morskie.

Sprostowanie.

Zauważono pomyłki w sprawozdaniu T-wa Lekarzy b. Galicji: str. 1 wiersz 8-my od góry z lewej — ma być Śp. Dr. Weksler; str. 1 wiersz 9-ty od góry z prawej — ma być str. 7; str. 1 wiersz 1-y od dołu — ma być R. Hinze.

Redakcja otrzymała.

H. Higier: Zadania pracy eugenicznej w warunkach bytowania mas żydowskich. Odb. „Księga Pamiątkowa I-go Krajowego Zjazdu Lekarskiego „Tozu" w roku 1928".

Sprawozdanie statystyczne o stanie zdrowotnym armji w okresie dziesięciolecia 1922—1931. Min. Spr. Wojskowych.

Sprawozdanie Szpitala Gminy Żydowskiej w Krakowie za czas od 1. I. 1932 do 31. XII. 1932.

TOZ. Oddział w Krakowie. Sprawozdanie za rok 1932.

G. H. Roger et L. Binet: Traité de physiologie normale et pathologique. T. IX. Système nerveux. Masson, Paris. 1933.

W. Orłowski: Patologja i terapja szczegółowa chorób wewnętrznych. Tom I. Choroby serca i naczyń krwionośnych. Warszawa 1933.

L. Zembrzuski: Antonii Schneebergeri de bona militum valetudine conservanda liber. Warszawa 1933.

Guy Laroche: Opothérapie endocrinienne. Masson. Paris. 1933.

Guy Laroche. Examens de laboratoire du médecin praticien. Masson. Paris. 1933.

St. Kopczyński: Higjena szkolna. Zeszyt 11—12. Arct, Warszawa, 1933.

Ambard etc. Conférences de physiologie médicale sur des sujets d'actualité. Masson, Paris, 1933.

Euguene Földes: A new approach to dietetic therapy. Badger. Boston, 1933.